

Gesundheitskompetente Organisationen

Erster Teilbericht – Bestandsaufnahme vorliegender Konzepte und Basis-Materialsammlung

Dominique Vogt und Doris Schaeffer

Universität Bielefeld

Interdisziplinäres Zentrum für

Gesundheitskompetenzforschung (IZGK)

Bielefeld, Februar 2022

Zitation: Vogt, D., & Schaeffer, D. (2022). Gesundheitskompetente Organisationen. Erster Teilbericht – Bestandsaufnahme vorliegender Konzepte und Basis-Materialiensammlung. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld.



Bundesministerium
für Gesundheit

Das Projekt wurde aus Mitteln des Bundes gefördert, Förderkennzeichen Kapitel 1504 Titel 54401, ZMV11-2520FSB201, Laufzeit 08/2020-12/2022 und vom Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Patientinnen und Patienten initiiert.

Projektleitung: Prof. Dr. Doris Schaeffer, Prof. Dr. Ullrich Bauer, Prof. Dr. Claudia Hornberg, Prof. Dr. Orkan Okan

Zusammenfassung

In allen Lebensbereichen sind täglich Gesundheitsentscheidungen zu treffen, und dazu werden vertrauenswürdige, leicht zugängliche und verständliche Informationen benötigt. Erforderlich ist jedoch ebenso Gesundheitskompetenz, definiert als Fähigkeit, mit Gesundheitsinformationen umgehen – sie finden, verstehen, beurteilen und anwenden – zu können. Studien zeigen, dass die Gesundheitskompetenz bei der Mehrheit der Bevölkerung in vielen Ländern – auch Deutschland – nicht gut ausgeprägt ist. Die Förderung der Gesundheitskompetenz stellt daher eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe dar. Dabei ist den Rahmenbedingungen und Strukturen des Gesundheitssystems und der Verankerung des Themas in den Organisationen des Gesundheitssystems besondere Beachtung zu schenken.

Dieser Perspektive folgt auch das hier im Mittelpunkt stehende Projekt. Sein Ziel ist es, einen Beitrag dazu zu leisten, auch in Deutschland zu *gesundheitskompetenten Gesundheitsorganisationen (GKO)* zu gelangen und eine entsprechende Organisations- und Settingentwicklung anzustoßen. Dazu erfolgte *eine Bestandsaufnahme der internationalen und nationalen Literatur über gesundheitskompetente Organisationen auf deren Basis eine Materialsammlung angelegt wurde*. Sie soll einen Überblick ermöglichen, Anregungen liefern und zugleich als Grundlage für Überlegungen zum Transfer und zur Implementation des Konzepts in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung in Deutschland dienen.

Für die Bestandsaufnahme wurde bis November 2021 eine mehrstufige Literatur- und Materialrecherche, im Sinne eines Scoping Reviews, zur Identifikation von einschlägigen Konzepten, Ansätzen, Checklisten, Instrumenten, Materialien und Methoden und geeigneten Strategien zu GKO's und zur Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen durchgeführt.

Die Ergebnisse zeigen, dass es sich bei der Diskussion über organisationale Gesundheitskompetenz bzw. gesundheitskompetente (Gesundheits-)Organisationen – insbesondere in Deutschland – um eine noch verhältnismäßig junge Diskussion handelt und sich die Konzeptentwicklung noch in der Entwicklungsphase befindet. Gleichwohl ist festzustellen, dass international bereits einige wichtige Übersichtsarbeiten, konzeptionelle Ansätze, Instrumente und Arbeitshilfen vorliegen, die jedoch zumeist für den stationären Versorgungsbereich entwickelt wurden. Vorliegende empirische Studien liefern zudem erste wichtige Hinweise zur Umsetzung des GKO-Konzepts in der Praxis. Sie unterstreichen, dass die Entwicklung zu einer gesundheitskompetenten Organisation viele Schritte beinhaltet und die zugrunde liegenden Prozesse (innerhalb einer Organisation), die die Umsetzung erleichtern oder behindern, komplex sein können. Anzumerken bleibt jedoch, dass es sich bislang nur wenige Studien zur Aufgabe gemacht haben, die Umsetzung zu einer GKO systematisch und über einen längeren Zeitraum zu untersuchen.

Insgesamt bedarf es eines Rahmenkonzepts für organisationale Gesundheitskompetenz, das die Erarbeitung von validierten Instrumenten zur Einschätzung und Messung organisationaler Gesundheitskompetenz in verschiedenen Versorgungssegmenten erlaubt. Für Deutschland kommt ergänzend das Thema Transfer bzw. Übertragungsarbeit hinzu, hier ist die Diskussion noch am Anfang. Dabei erscheint es vor allem sinnvoll und notwendig, zunächst eine Bedarfs-/Bestandsaufnahme in der Praxis – konkret in Organisationen der ambulanten Pflege und Medizin – vorzunehmen, die auf den Bedarf sowie potenzielle Barrieren und Hindernisse in den für GKO relevanten Dimensionen hinweist. Darauf aufbauend ist es dann möglich, den weiteren Transfer und die Implementation des GKO-Konzepts in einem partizipativen Prozess anzustoßen.

Ein erster Blick darauf, wie die Entwicklung gesundheitskompetenter Gesundheitsorganisationen in Deutschland in der ambulanten Medizin und in der ambulanten Pflege gelingen kann und welche Implementationsbedingungen dabei zu beachten sind, erfolgte ebenfalls im Rahmen des vorliegenden Projekts (Teil 2). Die Ergebnisse werden ausführlich in einem zweiten Teilbericht dargestellt.

Summary

Health-related decisions need to be taken in all areas of life every day, and this requires trustworthy, easily accessible, and understandable information. However, health literacy is also required, defined as the ability to deal with health information - to find, understand, assess and apply it. Studies show that health literacy is not well developed among the majority of the population in many countries, including Germany. The promotion of health literacy is, therefore, an important societal task. In this context, special attention must be paid to the framework conditions and structures of the health system as well as the anchoring of the topic in the organisations of the health system.

This project also follows this perspective. Its aim is to contribute to arrive at health-literate organisations (HLO) in Germany and to initiate the corresponding development of organisations and settings. For this purpose, *an inventory of international and national literature on health-literate organisations was assembled, which forms the basis for a collection of sources*. It intends to provide an overview, offer suggestions, while at the same time to serve as a basis for considerations on the transfer of the concept to and implementation in health care departments in Germany.

For the inventory, a multi-stage literature and material search, in the sense of a scoping review, was conducted until November 2021 to identify relevant concepts, approaches, checklists, instruments, materials, and methods as well as suitable strategies for HLOs and organisational development in health care.

The results show that the discussion about organisational health literacy or health literate organisations – especially in Germany – is still relatively young and the development of suitable concepts is still in the development phase. Nevertheless, it can be stated that internationally there are already some important reviews, conceptual approaches, instruments and working guidelines, which, however, were mostly developed for use in inpatient care. The empirical studies available also provide first important indications on the implementation of the HLO concept in practice. They highlight that the development towards a health-competent organisation involves many steps and that the underlying processes (within an organisation) that facilitate or hinder implementation can be complex. It should be noted, however, that so far only a few studies have taken on the task of systematically assessing the implementation of an HLO over a longer period of time.

Overall, there is a need for a consensus-based conceptual framework for organisational health literacy that allows the development of validated instruments for assessing and measuring organisational health literacy in different segments of (health)care. For Germany, the topic of transfer or transfer work is to be added. Therefore, it seems reasonable and necessary to conduct an assessment – specifically in primary health care organisations (medicine and nursing) – which identifies the needs as well as potential barriers and obstacles relevant to HLOs. Based on this, it is then possible to initiate further transfer/implementation work of the HLO concept in a participatory process.

A glance at how the development of health-literate organisations in Germany can succeed in primary health care (medicine and nursing) and which implementation conditions have to be considered was also carried out within the framework of the present project (Part 2). The results are presented in detail in a second part of the report.

Inhaltsverzeichnis

1 Hintergrund und Projektziele	4
2 Methodisches Vorgehen	7
2.1 Mehrstufige Literaturrecherche und -aufarbeitung – Bestandsaufnahme	7
3 Organisationale Gesundheitskompetenz – Forschungsstand	14
3.1 Definitionen zur organisationalen Gesundheitskompetenz	15
3.2 Merkmale gesundheitskompetenter Organisationen	22
3.3 Instrumente zur Messung organisationaler Gesundheitskompetenz.....	27
3.4 Arbeitshilfen zur Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz	36
3.5 Fazit.....	57
Literaturverzeichnis	59
Tabellenverzeichnis	68
Abbildungsverzeichnis	68

1 Hintergrund und Projektziele

Gesundheitsinformationen spielen mittlerweile in allen Lebensbereichen eine bedeutende Rolle, denn überall sind täglich Gesundheitsentscheidungen zu treffen und dazu werden vertrauenswürdige und leicht zugängliche, verständliche Informationen benötigt. Um mit Gesundheitsinformationen adäquat umgehen und sie zur Entscheidungsfindung nutzen zu können, wird allerdings Gesundheitskompetenz benötigt. Unter Gesundheitskompetenz wird das Wissen, die Motivation und die Fähigkeit verstanden Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern (Sørensen et al. 2012: 3). Diese Fähigkeit ist in Deutschland nicht besonders gut ausgeprägt. Wie der Health Literacy Survey Germany 2 (HLS-GER 2) zeigt, fällt die Gesundheitskompetenz bei der Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland gering aus. Danach weisen 58,8 Prozent der im HLS-GER 2 Befragten eine geringe Gesundheitskompetenz auf (Schaeffer et al. 2021a). Die Studie zeigt außerdem, dass Gesundheitskompetenz einem starken sozialen Gradienten folgt und der Anteil geringer Gesundheitskompetenz bei einzelnen Bevölkerungsgruppen besonders hoch ist. Dazu gehören Menschen mit niedriger Bildung, niedrigem Sozialstatus, mit eigener Migrationserfahrung und im höheren Lebensalter (Schaeffer et al. 2021a; Schaeffer et al. 2021b, S.724).

Die Förderung der Gesundheitskompetenz stellt damit nach wie vor eine wichtige gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar. Dies wurde bereits in Reaktion auf den ersten Gesundheitskompetenz-Survey, der zu einem ähnlichen Ergebnis gekommen war, im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz in Deutschland betont (Schaeffer et al. 2018). Darin wird empfohlen¹ – dem relationalen Verständnis von Gesundheitskompetenz folgend (Pelikan/Ganahl 2017) – auch den Rahmenbedingungen und Strukturen des Gesundheitssystems vermehrt Aufmerksamkeit zu widmen. Dazu ist es notwendig, die Förderung von Gesundheitskompetenz strukturell und programmatisch im Gesundheitssystem und seinen Organisationen zu verankern und ebenso, potenzielle und reale Umsetzungshindernisse in den Organisationen und bei den Gesundheitsprofessionen abzubauen (Schaeffer et al. 2018: 38). Außerdem müssen – wie im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz beschrieben – die darin tätigen Gesundheitsprofessionen entsprechend sensibilisiert und besser qualifiziert werden und Rahmenbedingungen hergestellt werden, die es ihnen ermöglichen, der Stärkung von Gesundheitskompetenz den erforderlichen Stellenwert einzuräumen (Schaeffer et al. 2018: 38). Auch die Orientierung und Navigation im Gesundheitssystem und seinen Organisationen, insbesondere den Versorgungseinrichtungen, zu erleichtern, eine niedrigschwellige Erreichbarkeit sicherzustellen, die Kontaktaufnahme zu vereinfachen und einfache Leitsysteme (Ausschilderung) zu entwickeln und umzusetzen, sind wichtige anzugehende Aufgaben (ebd.).

¹ Auch in den Empfehlungen der WHO wird dem Thema gesundheitskompetente Organisation bzw. gesundheitskompetentes Setting eine prominente Stellung eingeräumt und ebenso ist es in der jüngst unterzeichneten Resolution aller 53 WHO Europa Region Mitgliedstaaten (WHO 2019). Auch in ihr wird betont, wie wichtig es ist, die Gesundheitskompetenz in der europäischen Bevölkerung und in den Systemen und Organisationen zu stärken.

Im Mittelpunkt des hier zugrundeliegenden Projekts steht der zuletzt genannte Ansatz: die Förderung der organisationalen Gesundheitskompetenz durch entsprechende Organisations- und Settingentwicklung. Dadurch und ebenso durch entsprechende Qualifikationsangebote oder Bereitstellung von Leitfäden, Methodensammlungen und Selbsteinschätzungsinstrumenten sollen Organisationen in die Lage versetzt werden, die an ihre Nutzer:innen gestellten Anforderungen zu verringern (Schmidt-Kaehler et al. 2019). Gesundheitskompetente Organisationen – engl. „Health Literate Organization“ (HLO) – erleichtern ihren Nutzer:innen auf allen Ebenen den Zugang zu und den Umgang mit Gesundheitsinformationen und -dienstleistungen (Brach et al. 2012; Dietscher et al. 2015) und sind damit ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einem nutzerfreundlichen und gesundheitskompetenten Gesundheitssystem.

International ist dieser Ansatz seit längerem in der Gesundheitskompetenzdiskussion verankert. Es liegen bereits eine Reihe an konzeptionellen Ansätzen, Instrumenten und Arbeitshilfen zum Thema gesundheitskompetente Organisationen vor (ex. Farmanova et al. 2018; Pelikan 2019). Sie wurden bislang jedoch noch kaum für die Organisationen des Gesundheitssystems in Deutschland aufbereitet und auf deren spezielle Bedingungen übertragen. Eine der Ursachen dafür dürfte darin liegen, dass die Diskussion über gesundheitskompetente Organisationen und Systeme hierzulande noch nicht sehr intensiv geführt wird und sich noch eher in den Anfängen befindet. Hier liegt der Ansatzpunkt des Projekts, aus dem nachfolgend berichtet wird. Mit ihm soll ein Beitrag zur Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz in Deutschland geleistet und zugleich ein Anschluss an die international geführte Diskussion zum Thema „Health Literate Health Care Organization (HLHCO)“ erfolgen.

Ziel des Projekts war es konkret, eine Bestandsaufnahme² der internationalen und nationalen Literatur über gesundheitskompetente Organisationen vorzunehmen – insbesondere über existente Ansätze, Konzepte, Arbeitshilfen, Checklisten und Instrumente, ebenso über ihren Nutzen, die Umsetzungserfahrungen und erforderliche unterstützende Rahmenbedingungen. Darauf basierend soll eine Materialsammlung angelegt werden. Eine solche Übersicht kann und soll zugleich als Grundlage für Überlegungen zum Transfer und zur Implementation des Konzepts in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung in Deutschland dienen. Solche Vorüberlegungen anzustellen, war ebenfalls Ziel des vorliegenden Projekts. Da die Diskussion zur organisationalen Gesundheitskompetenz bislang stark auf den Krankenhausbereich konzentriert ist, sollten dabei zwei andere Versorgungssegmente (ambulante medizinische (Primär-)Versorgung und ambulante Pflege) in den Blick genommen werden, die auch in der internationalen Diskussion – noch wenig Berücksichtigung finden, aber durch die voranschreitende Ambulantisierung (Schaeffer/Ewers 2002; Rothgang/Müller 2019) – die Begrenzung stationärer Kapazitäten zugunsten des Ausbaus ambulanter, wohnortnaher Versorgungsstrukturen – zunehmend an Bedeutung gewonnen haben.

² Die Ergebnisse der Bestandsaufnahme fließen in einen Überblicksbericht und eine Basis-Materialsammlung ein, die vom Projektpartner des AIXTRA für die Erarbeitung eines onlinebasierten Methodenkoffers genutzt werden.

Um dies empirisch fundiert angehen zu können, sollten aus der Sicht des Fachpersonals und der Leitungskräfte in beiden Versorgungssegmenten bestehende Anforderungen an eine gesundheitskompetente Organisation ermittelt und der Frage nachgegangen werden, welche Rahmenbedingungen für eine Weiterentwicklung bestehender Gesundheitseinrichtungen zu einer gesundheitskompetenten Organisation erforderlich sind und welche fördernden und hemmenden Bedingungen bei der Implementation in Deutschland zu erwarten sind und wie eine erfolgreiche Umsetzung des Konzepts erreichbar ist.

Konkret wurde gefragt, wie die Entstehung, Entwicklung und Implementation gesundheitskompetenter Gesundheitseinrichtungen im deutschen Gesundheitssystem gefördert werden kann:

- welche Konzepte, Ansätze, Leitfäden, Checklisten, Arbeitshilfen und Best Practice Beispiele es zum Thema „Gesundheitskompetente Gesundheitsorganisation“ (GKO) und ihren Nutzen gibt und wie sich der Stand der Forschung darstellt,
- welche Rahmenbedingungen zur Umsetzung einer gesundheitskompetenten Organisation erforderlich sind, welche Herausforderungen und Hindernisse bei der Implementation bestehen könnten und welche Anreize erforderlich sind, um einen solchen Organisationsentwicklungsprozess zur gesundheitskompetenten Organisation erfolgreich im deutschen Gesundheitssystem einzuleiten.

Der hier vorliegende Bericht konzentriert sich auf das erste genannte Ziel des Projekts und zeigt die Ergebnisse der Bestandsaufnahme sowie die Basis-Materialiensammlung. Die Ergebnisse zur zweiten Frage werden gesondert im Projektbericht Teil 2 vorgestellt.

2 Methodisches Vorgehen

Zur Ermöglichung der Bestandsaufnahme erfolgte eine systematische Literatur- und Materialrecherche und -analyse der vorliegenden Literatur und existenten Überblicksarbeiten.

2.1 Mehrstufige Literaturrecherche und -aufarbeitung – Bestandsaufnahme

Für die Bestandsaufnahme wurde eine mehrstufige Literatur- und Materialrecherche, im Sinne eines Scoping Reviews, zur Identifikation von einschlägigen Konzepten, Ansätzen, Checklisten, Instrumenten, Materialien und Methoden und geeigneten Strategien zu GKO's und zur Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen durchgeführt. Bei der Erarbeitung des Scoping Reviews wurde der methodische Rahmen von Arksey und O'Malley (2005) zugrunde gelegt. Er beinhaltet folgende Schritte:

1. Identifizierung der Forschungsfrage
2. Identifizierung relevanter Studien
3. Studiauswahl
4. Analyse Darstellung der Daten
5. Zusammenstellung, Zusammenfassung und Berichterstattung der Ergebnisse

Identifizierung der Forschungsfrage

Ziel des Scoping Reviews war es, Konzepte, Ansätze, Arbeitshilfe, Leitfäden, Instrumente, Checklisten, Best Practice Beispiele zur organisationalen Gesundheitskompetenz für Einrichtungen der Gesundheitsversorgung zu identifizieren. Daher wurden der Recherche folgende Forschungsfragen zugrunde gelegt:

- a) Welche Definitionen liegen zur organisationalen Gesundheitskompetenz bzw. gesundheitskompetenten (Gesundheits-) Organisationen (GKO) vor? Welche Eigenschaften und Merkmale sind charakteristisch für GKO's?
- b) Welche Instrumente und Checklisten existieren zur Einschätzung und Messung organisationaler Gesundheitskompetenz in (Gesundheits-)Organisationen?
- c) Welche Arbeitshilfen, Materialien und Best-Practice-Beispiele gibt es zur Entwicklung und Umsetzung einer GKO in (Gesundheits-) Organisationen?

Darüber hinaus werden ergänzend folgende Fragen in den Blick genommen:

- Welche Erkenntnisse existieren zu Fragen des Transfers von GKO's auf das deutsche Gesundheitssystem?

- Welche Erfahrungen liegen zu fördernden und hemmenden Bedingungen bei der Implementation von GKO's im Gesundheitssystem vor – speziell in der ambulanten Medizin und der Pflege?

Identifizierung relevanter Studien

Zur Identifizierung relevanter Quellen wurden zu Beginn Einschlusskriterien definiert (vgl. Tabelle 1). Im Fokus der Recherche stand das Konzept „organisationale Gesundheitskompetenz“ bzw. „gesundheitskompetente Organisationen“. Dazu wurden konzeptionelle Ansätze und Merkmale, die eine gesundheitskompetente Organisation ausmachen, Messinstrumente und Arbeitshilfen zur Umsetzung und Entwicklung recherchiert und entsprechend der Einschlusskriterien für die weitere Literaturanalyse berücksichtigt.

Zunächst wurde der Blick kontextunabhängig auf alle Einrichtungen der Gesundheitsversorgung gerichtet. Zwar fokussierte das vorliegende Projekt speziell auf ambulante Versorgungseinrichtungen im Bereich der Medizin und der Pflege. Um jedoch einen umfassenden Überblick über das ursprünglich für den Krankenhausbereich entwickelte Konzept zu erlangen, wurde im Rahmen der Recherche keine Eingrenzung vorgenommen. Demzufolge erfolgte auch keine Eingrenzung der ausgewählten Literaturtypen. Ebenso wurde der zeitliche und geographische Rahmen der einbezogenen Literatur nicht eingeschränkt. Die einzige Festlegung bestand darin, dass die Literatur in deutscher oder englischer Sprache verfasst sein musste.

Tabelle 1: Einschlusskriterien der Recherche

Konzept	Gesundheitskompetente Organisationen / Health Literate Organization / organisationale Gesundheitskompetenz - Definitionen, Konzepte, Merkmale und Standards, Modelle - Instrumente zur Messung und Einschätzung - Arbeitshilfen, Handbücher, Materialien zur Umsetzung
Kontext	Einrichtungen der Gesundheitsversorgung: - in allen Einrichtungen, mit denen Bürger:innen oder Nutzer:innen im Zusammenhang mit Gesundheitsfragen und -entscheidungen in Kontakt kommen (DNGK 2019)
Literaturtyp	Literaturtyp offen, um jede Quelle einbeziehen zu können
Sprache	Deutsch, englisch
Zeitliche Einschränkung	Keine Vorgabe
Geographische Einschränkung	Keine Vorgabe
Informationsquellen	themenrelevante Online-Datenbanken - PubMed - CINAHL - PsycInfo - Web of Science Core Collection

Suchstrategie

Die Recherche wurde im August 2020 begonnen und kontinuierlich während des Projektverlaufs fortgeführt, um die Aktualität der einbezogenen Literatur bzw. der Ansätze und Strategien zu gewährleisten. Durchgeführt wurde die Recherche in internationalen wissenschaftlichen Literaturdatenbanken: PubMed, CINAHL, PsycInfo und Web of Science Core Collection.

Zum Thema organisationale Gesundheitskompetenz bzw. gesundheitskompetente Organisationen liegen bereits einige englischsprachige Übersichtsarbeiten vor (ex. Bremer et al. 2021; Farmanova et al. 2018; Meggetto et al. 2017; Pelikan 2019). Die darin für die Literaturrecherche erarbeiteten und verwendeten Suchbegriffe sowie formulierten Suchstrategien wurden für die hier durchgeführte Literaturrecherche als Orientierung genutzt. So identifizierten Meggetto et al. (2017) bereits 19 verschiedene Begriffe³ für organisationale Gesundheitskompetenz, die sich ihnen zufolge grob in drei Kategorien untergliedern lassen: „*Health System Health Literacy*“, „*Organisational Health Literacy*“ und „*Health Literacy Practices*“. Im vorliegenden Beitrag liegt der Fokus auf dem Konzept organisationaler Gesundheitskompetenz in Gesundheitsorganisationen.

Die ausgewählten Begriffe wurden mit „AND“ oder „OR“ verschlagwortet und als Suchstrategien formuliert. Die so gebildeten Suchterms wurden in den zuvor genannten Datenbanken angewendet.

Studienauswahl

Die in den Datenbanken generierten Treffer wurden anschließend anhand ihres Titels und Abstracts gescreent. Die Auswahl erfolgte anhand der definierten Einschlusskriterien. In einem zweiten Schritt wurden die Literaturlisten der gefundenen Artikel nach zusätzlichen Quellen durchsucht (vgl. Abbildung 1).

Tabelle 2: Suchstrategie und identifizierte Treffer

Datenbank	Begriffe / Suchstrategie	Treffer	Auswahl
PubMed	((organizatio*[Title/Abstract]) OR (organisatio*[Title/Abstract])) AND (("health literacy"[Title/Abstract]))	609	72
	((organizatio*[Title/Abstract]) OR (organisatio*[Title/Abstract])) AND (("health literacy"[Title/Abstract])) (Update: 18.11.21)	794	57
	Health literate organization [Review; Free Fulltext]	247	7
	Environmental health literacy	655	26
	("environmental health literacy" OR "health literacy environment" OR "health literacy friendly" OR "health literacy responsive" OR "health literacy responsiveness" OR "health literate healthcare organisation" OR "health literate healthcare organization" OR "health literate health care organisation" OR "health literate health care organization" OR "health literate health service" OR "health literate organisation" OR "health literate organization" OR "health literate organisations" OR "health literate organizations" OR "health literate practice" OR "health system health literacy" OR "organisational health literacy" OR "organizational health literacy" OR "organisational health literate" OR "organizational health literate") [Filter: Review] <i>(übernommen und aktualisiert nach Steiert 2019)</i>	1.508	20
CINAHL	health litera*[TI Title] AND organization* [TI Title]	36	24
	health litera*[AB Abstract] AND organization* [AB Abstract]	1.047	21
PsycInfo	health litera*[TI Title] AND organization* [TI Title]	1	0
	Organizatio* health literacy [TX All Text] AND healthcare [TX All Text]	33	8
	Organizatio* health literacy [TI Title] AND healthcare [TI Title]	3	2
Web of Science Core Collection	Organizatio* health literacy [TI Title] AND healthcare [TI Title]	1	1

³ Folgende Begriffe wurden im Rahmen der weiteren Literaturanalyse ausgeschlossen, da sie nicht den Einschlusskriterien entsprechen: health literacy practices, health literacy precautions, health literate health service (weil keine Definition vorliegt), health literate workplace, improving health literacy in services, provider health literacy, workforce health literacy, workplace health literacy.

	Organizatio* health literacy [Topic] AND healthcare [Topic]	225	20
--	---	-----	----

**Zeitraum Recherche: ab August-September 2020; Update: November 2021

Ergänzt wurde die Recherche in wissenschaftlichen Datenbanken durch eine Handrecherche auf (deutschsprachigen und englischsprachigen) Internetplattformen und Webseiten, die sich mit dem Thema organisationale Gesundheitskompetenz bzw. gesundheitskompetente Organisationen beschäftigen. So konnte auch ‚graue‘ Literatur eingeschlossen werden.

Die recherchierten Artikel und Dokumente wurden entsprechend der Einschlusskriterien ausgewählt. Als relevant eingestufte Quellen wurden in einem nächsten Schritt in das Literaturverwaltungssystem (Citavi) überführt, die Volltexte – soweit verfügbar – abgespeichert und die Quellen entsprechend gelabelt.

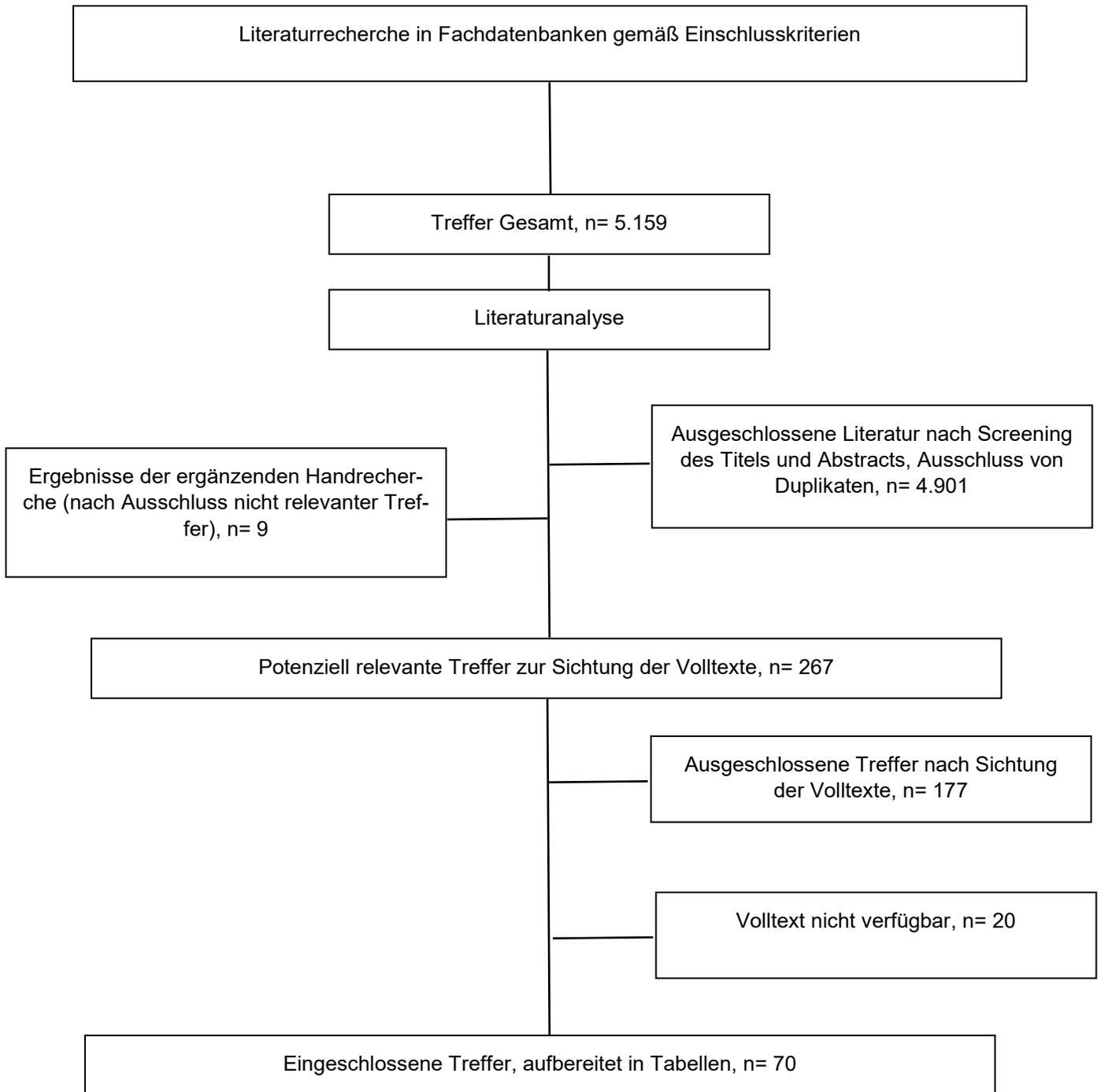


Abbildung 1: Einzelschritte des Analyse- und Rechercheprozesses

Analyse und Darstellung der Daten

Die in der Literaturdatenbank Citavi befindlichen Dokumente wurden in einem nächsten Schritt erneut auf ihre Relevanz geprüft. Grundlage hierfür bildeten wieder die formulierten Forschungsfragen der Recherche. Dazu wurden die Volltexte gesichtet und relevante Treffer zunächst in einer Übersichtstabelle in Excel (Arbeitsdokument) aufbereitet. So konnte ein erster Überblick über existierende konzeptionelle Ansätze, Merkmale, Instrumente und Arbeitshilfen ermöglicht werden. Die dazu erstellte Excel-Tabelle gliedert sich in folgende Kategorien:

Autor:innen: Mit dieser Kategorie wurden die Autor:innen bzw. Herausgeber:innen des jeweiligen Manuskripts vermerkt.

Jahr: Ebenso wurde das Veröffentlichungsjahr der Quelle als Information aufgenommen.

Land: Auch die Herkunft der Publikation wurde explizit aufgeführt. Sie gibt Aufschluss darüber, in welchen Ländern das Thema organisationale Gesundheitskompetenz bereits aufgegriffen wird und welche Definitionen, Instrumente und Arbeitshilfen in den jeweiligen Ländern Anwendung finden.

Titel/Bezeichnung des Konzepts, Instruments, Tools: Mit dem Titel/der Bezeichnung wird der Titel des jeweiligen Instruments oder konzeptionellen Ansatzes vermerkt.

Beschreibung: Hinweise, die in den Quellen zum Inhalt, der Beschreibung des Konzepts, Instruments oder der Arbeitshilfe gegeben wurden, sind ebenfalls Teil der Übersichtstabelle. Anhand dieser Informationen lassen sich wichtige Hinweise zu dem bisherigen Stand der Diskussionen zur organisationalen Gesundheitskompetenz in Gesundheitsorganisationen ableiten.

Setting: Einige der eingeschlossenen Artikel und Dokumente fokussieren auf spezielle Settings bzw. Organisationen (z.B. Krankenhaus). Informationen darüber, für welche Organisationsform/für welches Setting das jeweilige Konzept, Instrument oder die jeweilige Arbeitshilfe erarbeitet wurde, finden sich in dieser Spalte der Übersichtstabelle.

Anmerkungen: Auch weiterführende Hinweise/Informationen zur Verwendung der Konzepte oder Instrumente wurden unter ‚Anmerkungen‘ aufgenommen.

Quelle: Die Originalquelle und ggf. weitere für das Instrument relevante Literatur wurden ebenfalls in die Übersichtstabelle aufgenommen.

Sprache: Da sowohl im deutsch- als auch im englischsprachigen Raum nach geeigneten Instrumenten und Ansätzen recherchiert wurde, ist in dieser Spalte der Tabelle vermerkt, in welcher Sprache das jeweilige Instrument verfügbar bzw. entwickelt wurde. Dies ist besonders wichtig, falls englischsprachige Instrumente für Organisationen im deutschen Gesundheitssystem übersetzt und angepasst werden.

Zusammenfassung und Berichterstattung der Ergebnisse

Alle so identifizierten und relevanten Dokumente wurden in separaten Ergebnistabellen in dieser Materialsammlung zusammengetragen und erläutert (siehe Kapitel 3). In den Tabellen 3

und 4 werden die Definitionen und Merkmale zur organisationalen Gesundheitskompetenz bzw. gesundheitskompetenten (Gesundheits-)Organisationen (GKO) dargestellt. In Tabelle 5 werden die vorliegenden Instrumente und Checklisten zur Einschätzung und Messung organisationaler Gesundheitskompetenz in (Gesundheits-)Organisationen dargelegt. Tabelle 6 gibt einen Überblick über die Arbeitshilfen, Materialien und Best-Practice-Beispiele, die zur Entwicklung/Umsetzung einer GKO in (Gesundheits-)Organisationen existieren. Eine Gesamtübersicht aller einbezogenen Quellen ist in Tabelle 7 ersichtlich.

3 Organisationale Gesundheitskompetenz – Forschungsstand

Das Konzept organisationale Gesundheitskompetenz bzw. gesundheitskompetente Organisation (GKO) hat seit seiner Entstehung stark an Aufmerksamkeit gewonnen. Dies bestätigt allein die Anzahl der inzwischen vorliegenden Veröffentlichungen zum Thema. Wie auch das Gesundheitskompetenz-Konzept stammt der GKO-Ansatz aus den USA. Entscheidend geht er auf ein Diskussionspapier des damaligen Institute of Medicine (IOM) im Jahr 2012 zurück, in dem Brach und Kolleg:innen den englischen Begriff ‚Health-literate Healthcare Organizations‘ (HLHCO) definiert und darauf aufbauend 10 Merkmale einer gesundheitskompetenten Organisation entwickelt haben (Brach et al. 2012). Damit wurde eine entscheidende theoretische Basis geschaffen, die für die Erarbeitung einer Reihe an Instrumenten und Arbeitshilfen zur Einschätzung und Verbesserung der organisationalen Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung genutzt wurde (ex. Abrams et al. 2014; Brega et al. 2015).

Doch schon bevor das IOM mit seinem Diskussionspapier eine theoretische Basis zum Thema GKO vorgelegt hat, wurden grundlegende Überlegungen dieses Ansatzes aufgegriffen (Pelikan 2019) – so beispielsweise in einer praktischen Arbeitshilfe von Rudd und Anderson (2006), mit deren Hilfe die Umgebung und Gegebenheiten in einer Organisation – wie z.B. Barrieren und Potenziale mit Blick auf ihre ‚Health Literacy-Sensibilität‘ – identifiziert werden können. Anstoß für diese und ähnliche Arbeiten war die Konzepterweiterung von Gesundheitskompetenz: Während frühe Gesundheitskompetenz-Definitionen vor allem auf Individuen und ihre persönlichen Fähigkeiten fokussierten, blieb der (soziale) Kontext, in dem sie agieren und die eigenen Fähigkeiten nutzen, unbeachtet. Inzwischen hat sich Gesundheitskompetenz aber zu einem multidimensionalen Public-Health-orientierten Konzept weiterentwickelt, das relational zu verstehen ist. Damit ist das Zusammenspiel zwischen persönlichen Fähigkeiten *und* den situativen Anforderungen gemeint (Parker 2009; Parker/Ratzan 2010; Pelikan/Ganahl 2017, S.96). Mit dieser konzeptionellen Weiterentwicklung wird der Blick somit gleichermaßen auf die Systeme, Organisationen und Lebenswelten gerichtet.

Zum Thema organisationale Gesundheitskompetenz in Gesundheitseinrichtungen liegen mittlerweile einige Übersichtsarbeiten vor (vgl. Bremer et al. 2021; Farmanova et al. 2018; Meggetto et al. 2017; Pelikan 2019). In ihnen wird betont, dass eine gesundheitskompetente Organisationen ihren Nutzer:innen vor allem einen niedrighschwelligigen Zugang zu angemessener Kommunikation und verständlicher Information für die Nutzung wie auch die Navigation durch eine Gesundheitseinrichtung ermöglicht und überdies zur Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz und Selbstmanagementfähigkeit im Umgang mit den Herausforderungen der Krankheitsbewältigung und der Wiedererlangung und Erhaltung von Gesundheit beiträgt (ex. Dietzsch/Pelikan 2016; Trezona et al. 2017). Dabei ist eine solche Einrichtung bestrebt, Unterschiede bei der individuellen Gesundheitskompetenz aufzufangen und gesundheitliche Ungleichheitseffekte zu mildern und nicht ungewollt zu verstärken (Brach et al. 2012; Stormacq et al. 2019). Um dies zu erreichen, ist erforderlich, die Kommunikation und Information in den Organisationen zu verbessern und die Fachpersonen und Leitungskräfte für die Förderung

von Gesundheitskompetenz und den Umgang mit Nutzer:innen mit (geringer) Gesundheitskompetenz zu sensibilisieren und adäquat zu qualifizieren, entsprechende Instrumente und Materialien bereitzustellen und die Organisationsstrukturen und das Management auf allen Ebenen an diese facettenreiche Aufgabe anzupassen (Farmanova et al. 2018; Pelikan 2019). Relevante Zielgrößen des GKO-Ansatzes sind folglich Organisationsentwicklung und partizipativer Kapazitätsaufbau für die Förderung der Gesundheitskompetenz.

3.1 Definitionen zur organisationalen Gesundheitskompetenz

In den vorliegenden Übersichtsarbeiten wird auf eine Reihe an existierenden Definitionen und theoretischen Überlegungen zur organisationalen Gesundheitskompetenz in verschiedenen Versorgungssegmenten des Gesundheitswesens verwiesen (Bremer et al. 2021; Meggetto et al. 2017; Farmanova et al. 2018). Deutlich wird darin, dass es sich bei organisationaler Gesundheitskompetenz um ein heterogenes und facettenreiches Konzept handelt, bei dem es im Kern um gesundheitskompetenzfördernde Veränderungen auf der Organisations- und Strukturebene geht (Farmanova et al. 2018; Steiert 2019: 25).

Meggetto et al. (2017) haben in ihrer Übersichtsarbeit, die für das Konzept ‚organisationale Gesundheitskompetenz‘ verwendeten Begriffe und Synonyme zusammengetragen. Sie identifizieren insgesamt 19 verschiedene Begriffe. Zu den verwendeten Begriffen gehören beispielsweise *„health-literate healthcare organisation“*, *„health literate health service“*, *„organizational health literacy responsiveness“* oder auch *„health literacy environment“* (ebd.: C-D). Dabei unterscheiden die Autor:innen grob drei Kategorien: *„Health System Health Literacy“*, *„Organisational Health Literacy“* und *„Health Literacy Practices“*. Diese Unterteilung folgt der inhaltlichen Begründung, demnach *„organizational health literacy refers to the concept of health literacy that related to organisations within the health system while ‘health literacy practice’ refers to the action taken by organisations to become health literate“* (ebd.: F).

Bei einem Blick darauf, welche Definitionen zur organisationalen Gesundheitskompetenz weit verbreitet und besonders häufig in der Literatur erwähnt werden, zeigt sich, dass meist auf die theoretischen Überlegungen von Brach und Kolleg:innen (2012) Bezug genommen wird (vgl. Tabelle 3). Ihrer Definition zufolge ist:

„Organizational health literacy (OHL) [...] the degree to which health care organizations implement strategies to make it easier for patients to understand health information, navigate the health care system, engage in the health care process, and manage their health.“ (ebd.: 1)

Organisationale Gesundheitskompetenz meint den Grad, in dem Einrichtungen der Gesundheitsversorgung Strategien implementieren, die ihren Patient:innen den Umgang mit Gesundheitsinformationen und ebenso die Navigation im Gesundheitssystem erleichtern, um sich am Versorgungsprozess beteiligen und die eigene Gesundheit managen zu können.

Die Definition von Brach und Kolleg:innen bildet – wie zuvor erwähnt – die wesentliche Grundlage für die weitere GKO-Diskussion in den USA und auch in anderen Ländern. In Österreich diente sie beispielsweise als Orientierung zur Erarbeitung von Merkmalen, die gesundheitskompetente Krankenhäuser Österreichs charakterisieren. Mit ihrer Arbeit haben Dietscher und Kolleg:innen (2015) dazu erstmals eine deutschsprachige GKO-Definition und auch ein daraus abgeleitetes Messinstrument zur Erfassung organisationaler Gesundheitskompetenz entwickelt. Die Aufnahme des Themas in die deutschsprachige Debatte markiert einen wichtigen Meilenstein in der GKO-Diskussion für Deutschland (vgl. Tabelle 3). Die Definition der österreichischen Autor:innen knüpft an die Vorarbeiten aus den USA an:

„Eine gesundheitskompetente (Krankenbehandlungs-)Organisation erleichtert ihren Zielgruppen (Patient/Innen und Angehörigen, Führung und Mitarbeiter/Innen) den Zugang zu, das Verständnis, die Bewertung und Anwendung von gesundheitsbezogenen Informationen und trägt zur Verbesserung der persönlichen Gesundheitskompetenz für Entscheidungen und Handlungen hinsichtlich der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung für den Erhalt oder die Verbesserung der Lebensqualität im Lebensverlauf bei.“ (Dietscher et al. 2015: 64)

Auch in den Ausführungen dieser Autor:innen wird betont, dass eine gesundheitskompetente Organisation sich dadurch auszeichnet, dass sie ihren Nutzer:innen den Umgang mit Gesundheitsinformationen und -dienstleistungen erleichtert, damit diese entscheidungs- und handlungsfähig hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Versorgung sind. Durch die ‚Erleichterung‘ des Zugangs zu und Umgangs mit Informationen wird den Autor:innen zufolge ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der persönlichen Gesundheitskompetenz der Nutzer:innen geleistet. Anders als in der Definition von Brach und Kolleg:innen wird in dieser Definition allerdings kein direkter Hinweis zur Umsetzung (z.B. Implementation von Strategien) gegeben.

Weitere Definitionen wie die der International Union for Health Promotion and Education (2018) und ebenso von Trezona et al. (2017) betonen außerdem, dass die Berücksichtigung der individuellen Gesundheitskompetenz der jeweiligen Nutzer:innen eine wichtige Dimension organisationaler Gesundheitskompetenz darstellt; ebenso die Ermöglichung eines gleichberechtigten Zugangs zu Gesundheitsinformationen und -dienstleistungen (Trezona et a. 2017; CDC 2020).

Bei einem Versuch die existierenden Definitionen zu clustern und zu schauen, welche unterschiedlichen Dimensionen und Inhalte angesprochen sind, zeigt sich folgendes Bild: In einigen Definitionen werden Organisationen bestimmte Fähigkeiten und das Maß beschrieben, in dem die Organisationen ihre Nutzer:innen unterstützen (Skills). Auch wird in einigen Definitionen darauf verwiesen, wie und in welcher Weise Organisationen tätig werden sollen, damit die Umsetzung zu einer GKO gelingen kann (Action). In vielen Definitionen wird außerdem der ‚Kontext‘ beschrieben, d.h. auf welchen Ebenen und in welchen Bereichen das Thema organisationale Gesundheitskompetenz verankert werden soll (Context). Ebenso wird in den meisten vorliegenden Definitionen eine Zielkomponente beschrieben (Objective). Diese bezieht

sich zumeist auf die Nutzer:innen. Beispiele, der in den Definitionen enthaltenen Inhalte sind Abbildung 2 zu entnehmen.

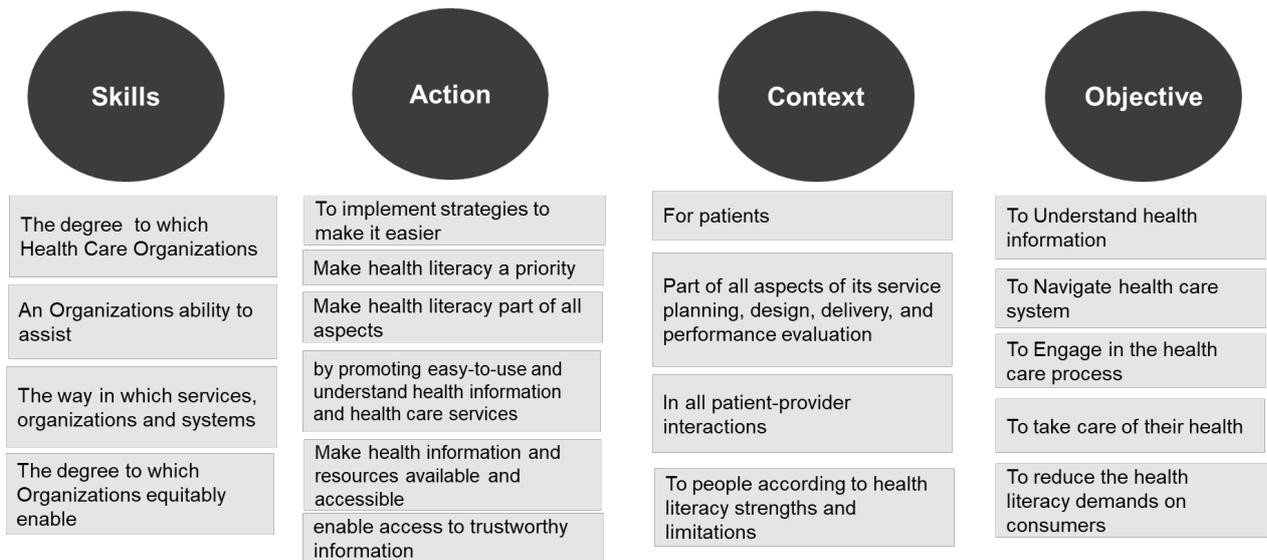


Abbildung 2: Cluster Definitionsinhalte (Auswahl) – eigene Darstellung

Zwischenfazit

Bei der Betrachtung der vorliegenden Definitionen fällt auf, dass sich auch die internationale englischsprachige theoretisch-konzeptionelle GKO-Diskussion noch eher in der Entwicklungsphase befindet. Erst nach und nach entstehen neue Definitionen und theoretische Überlegungen und auch umfangreiche konzeptionelle Modelle zur organisationalen Gesundheitskompetenz von Gesundheitsorganisationen.

Für Deutschland besteht eine wesentliche Aufgabe vor allem darin, zunächst Anschluss an die internationale englischsprachige GKO-Diskussion zu finden. Bis heute liegen nur wenige deutschsprachige Publikationen und konzeptionelle GKO-Ansätze vor.

Mit Blick auf die Transferierbarkeit existierender Definitionen auf das deutsche Gesundheitssystem – und hier speziell die ambulante Versorgung – ist festzustellen, dass keine Definition vorliegt, die sich auf das Thema organisationale Gesundheitskompetenz in diesen Versorgungssegmenten bezieht. Teilweise anschlussfähig sind die Ausführungen des Deutschen Netzwerk für Gesundheitskompetenz (DNGK), denen zufolge *„Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung, die in der Lage sind, auf die Gesundheitskompetenz der Klienten angemessen zu reagieren bzw. diese im Versorgungsprozess angemessen und an deren individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten orientiert zu nutzen, [...] über organisationale Gesundheitskompetenz [verfügen].“* (Bitzer/Sørensen et al. 2018: 759). Jedoch ist auch diese Definition nicht speziell für die organisationale Gesundheitskompetenz in der ambulanten Medizin und

Pflege erarbeitet worden. Außerdem werden wichtige inhaltliche Dimensionen anderer Definitionen, wie z.B. die Schaffung eines gleichberechtigten Zugangs zu und Umgangs mit Gesundheitsinformationen und -dienstleistungen nicht angesprochen.

Damit fehlt es an einer entsprechenden Definition und theoretischen Vorarbeiten, die speziell für die organisationale Gesundheitskompetenz in der ambulanten Medizin und Pflege erarbeitet wurden. Solche theoretischen Überlegungen sind zwingend notwendig, wenn die Umsetzung zu GKO's im Gesundheitssystem in Deutschland gelingen soll. Eine der wichtigen anstehenden Aufgaben ist es daher, Konzepte zur organisationalen Gesundheitskompetenz für die ambulante Pflege und Medizin (und auch weitere Versorgungssegmente) zu erarbeiten, die die bedeutenden inhaltlichen Dimensionen vorliegender Definitionen aufgreifen und für die hiesigen Organisationen anschlussfähig und geeignet sind. Dabei ist ein partizipatives Vorgehen notwendig, d.h. Fachpersonen und Führungskräfte der verschiedenen Versorgungssegmente sollten von Beginn an in diesen Prozess einbezogen werden, um Passungs- und Implementationsprobleme zu vermeiden.

Tabelle 3: Definitionen organisationale Gesundheitskompetenz / gesundheitskompetente Organisationen

Nr.	Autor:innen	Jahr	Land	Definition	Dimensionen	Setting	Quelle
1	Rudd/Anderson	2006	USA	The health literacy environment ⁴ of a healthcare facility represents the expectations, preferences, and skills of those providing health information and services.	<ul style="list-style-type: none"> Berücksichtigung der Gesundheitskompetenz Bedürfnisse, Präferenzen und Fähigkeiten der Nutzer:innen Bereitstellung von Gesundheitsinformationen und -dienstleistungen 	Healthcare Facility	https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2012/09/healthliteracyenvironment.pdf
2	Brach et al.	2012	USA	Organizational health literacy (OHL) is the degree to which health care organizations implement strategies to make it easier for patients to understand health information, navigate the health care system, engage in the health care process, and manage their health.	<ul style="list-style-type: none"> Erleichterung des Verstehens von Gesundheitsinformationen für Nutzer:innen Erleichterung der Navigation im Gesundheitssystem für Nutzer:innen Erleichterung der Beteiligung am Versorgungsprozess für Nutzer:innen Erleichterung des Managen der eigenen Gesundheit der Nutzer:innen 	Healthcare Organizations	https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/BPH_Ten_HLit_Attributes.pdf
3	Center for Disease Control and Prevention (CDC)	2014	USA	Organizational health literacy (OHL) is an organization's ability to assist individuals with inadequate health literacy by promoting easy-to-use and understand health information and health care services in all patient-provider interactions.	<ul style="list-style-type: none"> Unterstützung von Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz durch: Förderung von leicht verständlichen und nutzbaren Gesundheitsinformationen und -dienstleistungen in allen Bereichen 	Nicht spezifiziert	https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html
4	Ministry of Health	2015	Neuseeland	A health-literate organization makes health literacy a priority. It makes health literacy part of all aspects of its service planning, design, delivery and performance evaluation to reduce the health literacy demands on consumers.	<ul style="list-style-type: none"> Reduzierung von Anforderungen durch Einbeziehung von Gesundheitskompetenz in alle Aspekte der Planung, Gestaltung, Erbringung und Evaluation von (gesundheitlichen) Dienstleistungen der Organisation 	Health System, Health Organizations and all of the Health Workforce	https://www.publish.csiro.au/AH/AH17059

⁴ Die Ausführungen von Rudd und Anderson (2006) markieren einen wichtigen Ausgangspunkt für die Diskussion zur organisationalen Gesundheitskompetenz. Daher wird auch ihre Definition zu ‚health literacy environment‘ in die Übersichtstabelle aufgenommen.

5	Dietscher et al.	2015	Österreich	Eine gesundheitskompetente (Krankenbehandlungs-) Organisation erleichtert ihren Zielgruppen (Patient:innen und Angehörigen, Führung und Mitarbeiter:innen) den Zugang zu, das Verständnis, die Bewertung und Anwendung von gesundheitsbezogenen Informationen und trägt zur Verbesserung der persönlichen Gesundheitskompetenz für Entscheidungen und Handlungen hinsichtlich der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung für den Erhalt oder die Verbesserung der Lebensqualität im Lebensverlauf bei.	<ul style="list-style-type: none"> • Erleichterung des Zugang zu gesundheitsbezogenen Informationen für Nutzer:innen • Erleichterung des Verstehens von gesundheitsbezogenen Informationen für Nutzer:innen • Erleichterung der Bewertung von gesundheitsbezogenen Informationen für Nutzer:innen • Erleichterung der Anwendung von gesundheitsbezogenen Informationen für Nutzer:innen • Beitrag zur Entscheidungsfindung der Nutzer:innen sowie • Zur Verbesserung der persönlichen Gesundheitskompetenz bei 	(Krankenbehandlungs-) Organisation	01_ONGKG-Themenpapier-Gesundheitskompetenz2015.pdf
6	Trezona et al.	2017	Australien	Health literacy responsiveness has been defined as the provision of services, programs and information in ways that promote equitable access and engagement, that meet the diverse health literacy needs and preferences of individuals, families and communities, and that support people to participate in decisions regarding their health and social wellbeing.	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung eines gleichberechtigten Zugangs zu und Beteiligung an Informationen und Services • Berücksichtigung der Gesundheitskompetenz Bedürfnisse und Präferenzen von Individuen, Familien und Communities • Unterstützung der Partizipation bei Entscheidungen 	Health and Social Care Organisations	https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2465-z
7	Bitzer/Sørensen	2018	Deutschland	Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung, die in der Lage sind, auf die Gesundheitskompetenz der Klienten angemessen zu reagieren bzw. diese im Versorgungsprozess angemessen und an deren individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten orientiert zu nutzen, verfügen über organisationale Gesundheitskompetenz.	<ul style="list-style-type: none"> • Angemessen auf Gesundheitskompetenz der Nutzer:innen reagieren • Berücksichtigung individueller Fähigkeiten und Fertigkeiten der Nutzer:innen im Versorgungsprozess 	Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung	https://dngk.de/wp-content/uploads/2019/09/DNGK_Bitzer-OGK-K%C3%B6ln-190920.pdf

8	International Union for Health Promotion and Education. (IUHPE)	2018		Organizational health literacy responsiveness refers to the way in which services, organizations and systems make health information and resources available and accessible to people according to health literacy strengths and limitations.	<ul style="list-style-type: none"> • Erleichterung der Verfügbarkeit und des Zugangs von Gesundheitsinformationen und Ressourcen • Berücksichtigung der Gesundheitskompetenz Stärken und Einschränkungen der Nutzer:innen 	Services, Organizations and Systems	https://www.iuhpe.org/images/IUHPE/Advocacy/IUHPEHealth_Literacy_2018.pdf
9	Center for Disease Control and Prevention (CDC)	2020	USA	Organizational health literacy is the degree to which organizations equitably enable individuals to find, understand, and use information and services to inform health-related decisions and actions for themselves and others.	<ul style="list-style-type: none"> • Gleichberechtigte Befähigung der Nutzer:innen: • Gesundheitsinformationen und -dienstleistungen zu finden, zu verstehen und zu nutzen • Ermöglichen gesundheitsbezogener Entscheidungen 	Nicht spezifiziert	https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html

3.2 Merkmale gesundheitskompetenter Organisationen

Neben den zuvor dargestellten Definitionen wurden in der GKO-Diskussion konkrete Merkmale erarbeitet, die eine gesundheitskompetente Organisation charakterisieren. Auch sie wurden – wie zuvor erwähnt – erstmals von Brach et al. (2012) in den USA formuliert (vgl. Tabelle 4). Die dazu vorliegenden Ausführungen gelten bis heute als wichtige Pionierarbeit und haben in der Folgezeit weite Verbreitung in der Fachliteratur erfahren.

Mit den Merkmalen einer gesundheitskompetenten Organisation wird zugleich eine praxisorientierte organisationsbezogene Strategie zur Förderung von Gesundheitskompetenz beschrieben. Dabei adressieren die einzelnen Merkmale verschiedene Ebenen und Zielgruppen einer Organisation: So zielen die Merkmale 1-3 beispielsweise allgemein auf erforderliche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen einer Organisation, um systematisch Aspekte der Qualitätsentwicklung verankern zu können (Brach et al. 2012; Pelikan 2019). Bei Merkmal 4 geht es im Wesentlichen um Partizipation der Bevölkerung und Nutzer:innen der Organisation. Mit den weiteren Merkmalen werden die Situationen und Aspekte in der gesundheitlichen Versorgung fokussiert, in denen nutzerorientierte Information und Kommunikation zum Tragen kommen (ebd.).

Diese Überlegungen wurden auch in anderen Ländern aufgegriffen. So wurde in Österreich beispielsweise das „Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen (WKGKKO)“ entwickelt (Dietscher et al. 2015). Das WKGKKO baut auf den 10 Merkmalen einer GKO nach Brach et al. (2012) auf und erweitert diese um spezifische Aspekte der Gesundheitsförderung und des Qualitätsmanagements. Der aus Österreich stammende Ansatz umfasst neben der Verbesserung der Gesundheitskompetenz von Nutzer:innen auch die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Mitarbeitenden und der regionalen Bevölkerung (Dietscher et al. 2015). Im Zuge der weiteren Auseinandersetzung mit dem Thema wurden außerdem Versuche unternommen, ein umfassenderes GKO-Rahmenmodell zu konzipieren. Dazu zählt beispielsweise der „Organizational Health Literacy Responsiveness Framework (Org-HLR)“ aus Australien (Trezona et al. 2017). Dieser wurde für Organisationen und Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen entwickelt. Auch hier werden wichtige Dimensionen wie die Organisationskultur und Organisationsprozesse sowie zu adressierende Ebenen (Leitungs- und Mitarbeiterebene) in den Blick genommen. Auch die ‚*external policy*‘ und das ‚*funding environment*‘ sind wichtige Bereiche ihres Modells zur organisationalen Gesundheitskompetenz (ebd.). Weitere konzeptionelle Modelle stammen aus den USA (Brega et al. 2019) und Italien (Zanobini et al. 2020) (vgl. Tabelle 4).

Wie die vorliegenden Übersichtsarbeiten bestätigen, sind für gesundheitskompetente Organisationen eine Reihe an Merkmalen typisch (Bremer et al. 2021; Farmanova et al. 2018). Bei einem Vergleich der Merkmale fällt auf, dass sich einige Dimensionen identifizieren lassen, die nahezu durchgängig genannt werden. Dazu gehören: Kommunikation mit den Nutzer:in-

nen; einfacher Zugang und Navigation; Integration und Priorisierung von GKO; Organisationsentwicklung; Engagement und Unterstützung der Nutzer:innen; Information und Qualifikation des Personals (Bremer et al. 2021).

Zwischenfazit

Wie zuvor erwähnt wurde, steckt auch die Diskussion über die charakteristischen Merkmale einer gesundheitskompetenten Organisation im englischsprachigen Raum – und viel mehr noch in den deutschsprachigen Ländern – noch eher in den Kinderschuhen. Erst in den letzten Jahren haben Expert:innen aus unterschiedlichen Ländern mit der Weiterentwicklung und Adaption der bislang erarbeiteten Merkmalen für verschiedene Versorgungssegmente begonnen.

Auch im Rahmen des Projekts, aus dem hier berichtet wird, wurde deshalb zunächst an die Diskussion und Arbeiten aus anderen Ländern angeknüpft. Festzustellen ist, dass es auch mit Blick auf die Transferierbarkeit des GKO Konzepts und seiner Merkmale auf die ambulante Medizin und die ambulante Pflege in Deutschland bislang an anschlussfähigen Arbeiten fehlt. Die wenigen vorliegenden deutschsprachigen Arbeiten zu GKO's beziehen sich auf Krankenhäuser (Dietscher et al. 2015), allgemein auf Gesundheitsorganisationen (DNGK 2019) oder aber auf spezielle Einrichtungen, so zum Beispiel für Menschen mit Beeinträchtigungen (Rathmann et al. 2020) oder Gesundheitsämter (Mehlis et al. 2021a). Zwar können aus ihnen bereits einige wichtige Aspekte ableitet werden, die auf Organisationen der ambulanten Pflege und der ambulanten Medizin in Deutschland übertragbar sind. Dennoch ist nach wie vor eine grundlegende Prüfung der Transfermöglichkeiten notwendig.

Tabelle 4: Merkmale gesundheitskompetenter Organisationen

Nr.	Autor:innen	Jahr	Land	Eigenschaften	Beschreibung	Setting	Quelle
1	Institute of Medicine (IOM)	2012	USA	18 Attributes of Health Literate Healthcare Organizations	In dieser Workshop Summary werden 18 Eigenschaften einer gesundheitskompetenten Gesundheitsorganisationen vorgelegt. Sie gelten als wesentliche Vorarbeit der darauf von Brach et al. synthetisierten 10 GKO Merkmale.	Healthcare Organizations	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK201212/
2	Brach et al.	2012	USA	Ten attributes of Health Literate Healthcare Organizations	10 Merkmale einer gesundheitskompetenten Organisation: 1. Has leadership that makes health literacy integral to its mission, structure, and operations. 2. Integrates health literacy into planning, evaluation measures, patient safety, and quality improvement. 3. Prepares the workforce to be health literate and monitors progress. 4. Includes populations served in the design, implementation, and evaluation of health information and services. 5. Meets the needs of populations with a range of health literacy skills while avoiding stigmatization. 6. Uses health literacy strategies in interpersonal communications and confirms understanding at all points of contact. 7. Provides easy access to health information and services and navigation assistance. 8. Designs and distributes print, audiovisual, and social media content that is easy to understand and act on. 9. Addresses health literacy in high-risk situations, including care transitions and communications about medicines. 10. Communicates clearly what health plans cover and what individuals will have to pay for services.	Healthcare Organizations	https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/BPH_Ten_HLit_Attributes.pdf
3	Dietscher et al.	2015	Österreich	Wiener Konzept Gesundheitskompetenter KB-Organisationen (WKGKKO)	Theoretischer Rahmen enthält 9 Standards einer gesundheitskompetenten Organisation: 1. Management-Grundsätze und Unternehmensstrukturen für GK etablieren 2. Materialien und Angebote partizipativ entwickeln und evaluieren. 3. MitarbeiterInnen für die gesundheitskompetente Kommunikation mit Patient:innen qualifizieren 4. Eine unterstützende Umwelt schaffen – Navigationshilfen 5. Mit Patient:innen gesundheitskompetent kommunizieren 6. Die persönliche GK von (chronischen) PatientInnen und Angehörigen verbessern 7. Die persönliche GK der Mitarbeiter:innen verbessern 8. Zur Verbesserung der GK in der Region beitragen	Krankenhaus	https://oepgk.at/wp-content/uploads/2018/10/003-tool_hlo.pdf

					9. Dissemination des Konzepts und Vorbildwirkung durch Best-Practice-Modelle		
4	Ministry of Health New Zealand	2015	Neuseeland	6 Dimensions of a Health Literate Organisation	Rahmenmodell orientiert sich laut Herausgeber:innen an internationalen Best-Practice-Beispielen und umfasst 6 Dimensionen: 1. Leadership and management 2. Consumer involvement 3. Workforce 4. Meeting the needs of the population 5. Access and navigation 6. Communication	Health services	https://www.health.govt.nz/our-work/making-services-better-users/health-literacy/health-literacy-reviews/6-dimensions-health-literate-organisation
5	Trezona et al.	2017	Australien	Org-HLR Framework: Organizational Health Literacy Responsiveness framework	Rahmenmodell enthält sieben Dimensionen, die eine GKO ausmacht: 1. External policy and funding environment; 2. Leadership and culture; 3. Systems, processes, and policies; 4. Access to services and programs; 5. Community engagement and partnerships; 6. Communication practices and standards; and 7. Workforce	Organisationen und Akteure aus dem Gesundheits- und Sozialwesen	https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-017-2465-z.pdf
6	Brega et al.	2019	USA	Conceptual framework of organizational health literacy	Rahmenmodell fokussiert auf 4 Bereiche, in denen Anforderungen reduziert werden können: 1. The Organizational Structure, Policy, & Leadership domain 2. The Communication domain 3. The Ease of Navigation domain 4. The Patient Engagement & Self-Management Support domain	Healthcare Organizations	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6610031/pdf/hlrp0619brega.pdf
7	Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz	2019	Deutschland	Merkmale für Einrichtungen im Gesundheitssystem	Merkmale für Einrichtungen im Gesundheitssystem auf der Basis von Brach et al. (2012): 1. Ausrichtung der Strukturen und Prozesse an Bedürfnissen, Fähigkeiten, Wertvorstellungen, Zielen der betroffenen Menschen 2. Unterstützung der Zielgruppen bei der Orientierung im Gesundheitssystem 3. Ermöglichung größtmögliche Teilhabe an allen Versorgungsprozessen und -entscheidungen 4. Aus- und Fortbildung der Mitarbeitenden (um bei gesundheitsbezogenen Entscheidungen bestmöglich auf die individuellen Voraussetzungen und Anforderungen der Zielgruppen einzugehen 5. Ermöglichung des Zugangs zu wissenschaftlich belastbaren, hochwertigen, verlässlichen und verständlichen Gesundheitsinformationen	Einrichtungen im Gesundheitssystem	https://dngk.de/wp-content/uploads/2019/11/DNGK-Pos-OGK-Konsultation_191118.pdf

					<p>6. Bereitstellung von verlässlichen Informationen in unterschiedlichen, individuell angepassten, nicht direktiven Formaten</p> <p>7. Einbindung ihrer Zielgruppen in die Entwicklung, Implementierung und Evaluation von organisationsinternen Strukturen, Prozessen und Informationen ein</p> <p>8. Etablierung von Kommunikationsstrukturen auf Augenhöhe mit Patient:innen und Bürger:innen, die zu Fragen ermutigen und bestmögliches individuelles Verstehen sicherstellen</p>		
8	Zanobini et al.	2020	Italien	Logical Framework Health Literate Health Care Organisations (HLHO)	<p>Logisches Rahmenmodell, das 10 Merkmalen nach Brach et al. theoretisch basiert. Es setzt sich aus den Determinanten einer GKO zusammen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gesundheitskompetenz Definition, Referenzpopulation und Merkmale der Organisation 2. Stufen (Governance, Personal und Umfeld), die die Art und Weise der Interaktion von GKO mit Patienten bestimmen 3. Patient Outcomes 	Krankenhäuser	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7037285/pdf/ijerph-17-01036.pdf
9	Mehlis et al.	2021a	Deutschland	Organisationale Gesundheitskompetenz von Gesundheitsämtern in Deutschland (OGK-GA)	<p>Theoretischer Rahmen für die organisationale Gesundheitskompetenz von Gesundheitsämtern in Deutschland. Enthalten sind GKO 12 Merkmale:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Führung und Leitbild 2. Planung und Qualitätssicherung 3. Gesundheitskompetenz der Mitarbeiter:innen 4. Zugang und Navigation 5. Bedürfnisorientierte Angebote 6. Einbeziehung der Zielgruppen 7. Interpersonelle Kommunikation 8. Einfach verständliche Medien 9. Hochrisikosituationen, Versorgungsschnittstellen und Medikamente 10. Informationen zu Kostenübernahme von Leistungen 11. Multiplikatoren 12. Kooperation und Vernetzung 	Gesundheitsämter	https://www.thieme-connect.com/products/e-journals/html/10.1055/a-1510-8799

3.3 Instrumente zur Messung organisationaler Gesundheitskompetenz

Im Rahmen der Bestandsaufnahme konnten insgesamt 21 Instrumente⁵ (zum Teil adaptierte Versionen eines Instruments) identifiziert werden, die auf die Erfassung organisationaler Gesundheitskompetenz oder auch einzelner Elemente organisationaler Gesundheitskompetenz zielen (siehe Tabelle 5). Die meisten der Instrumente stammen aus den USA, gefolgt von Australien, Österreich, Deutschland und der Schweiz. Die Instrumente und Checklisten orientieren sich meist an den Merkmalen gesundheitskompetenter Organisationen (Brach et al. 2012). Demzufolge kommt der ‚Kommunikation mit den jeweiligen Nutzer:innen‘ ein wichtiger Stellenwert bei der Messung von organisationaler Gesundheitskompetenz zu (ex. De Gani et al. 2020; Dietscher et al. 2015; Kowalski et al. 2015; Thomacos/Zazryn 2013). Differenziert nach dem jeweils fokussierten Setting fällt auf, dass auch die meisten existierenden Instrumente für den Krankenhausbereich entwickelt wurden (Dietscher et al. 2015; International Working Group, HPH & HLO 2019; Kowalski et al. 2015; Rudd 2010). Doch liegen auch erste Instrumente für die ambulante Versorgung (z.B. Brega et al. 2015; De Gani et al. 2020;) und andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung vor (Rathmann et al. 2020).

Bereits 2015 haben Dietscher und Pelikan erstmalig ein deutschsprachiges Instrument zur Messung der organisationalen Gesundheitskompetenz für Krankenhäuser vorgelegt (WKGKKO-I). Auf der Basis dieses Konzepts (WKGKKO) entwickelten die Autor:innen ein Set von 9 Standards, 22 Substandards und 160 Indikatoren für die organisationale Selbstbewertung (ebd.), die auf die unterschiedlichen Ebenen und Bereiche einer Organisation (u.a. Leitung und Management, Mitarbeitende, Nutzer:innen, Region) zielen. Das Selbstbewertungsinstrument wurde in einer Machbarkeitsstudie außerdem auf seine Praxistauglichkeit in österreichischen Krankenhäusern geprüft (Dietscher et al. 2015).

Auch das in Deutschland von Kowalski und Kolleg:innen erarbeitete Kurzinstrument HLHO-10 wurde zunächst für den stationären Sektor entwickelt. Konzeptionell ist es ebenfalls an den 10 Merkmalen einer gesundheitskompetenten Organisationen nach Brach et al. (2012) orientiert und misst den Grad oder das Ausmaß, in dem diese Merkmale in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung implementiert sind (Kowalski et al. 2015).

Anders verhält es sich mit dem jüngst in der Schweiz entwickelten Instrument (De Gani et al. 2020). Das OHL Self-AsseT wurde in Anlehnung an das WKGKKO-I sowie das ‚HeLLO Tas‘ Instrument aus Tasmanien erarbeitet (Tasmanien Council of Social Service 2020). Es zielt – anders als seine Vorgänger – nicht auf den Krankenhausbereich, sondern auf die Primärversorgung, konkret: die ambulante medizinische und die ambulante pflegerische Versorgung in der Schweiz. Damit wurde ein erstes deutschsprachiges Instrument zur Erfassung der organi-

⁵ Brega et al. haben zudem im Rahmen ihres Reviews eine Reihe an weiteren Instrumenten identifiziert, die zur Verbesserung der Qualität in Organisationen existieren und eingesetzt werden und Inhalte/Dimensionen des Konzepts organisationale Gesundheitskompetenz enthalten (siehe hierzu Brega et al. 2019).

sationalen Gesundheitskompetenz in diesen Versorgungssegmenten erarbeitet. Inhaltlich bildet das OHL Self-AsseT folgende Dimensionen ab: ‚Einfachen Zugang zur Primärversorgung ermöglichen und Orientierung erleichtern‘, ‚Einfach und leicht verständlich kommunizieren‘, ‚Gesundheitskompetenz der Nutzer:innen stärken‘, ‚Mitarbeitende im Bereich Gesundheitskompetenz stärken‘, ‚Gesundheitskompetenz in Management und Organisationskultur verankern‘, ‚Gesundheitskompetenz an Versorgungsschnittstellen, Vernetzung und weiterführende Aktivitäten der Organisation stärken‘.

Ein Blick auf alle im Rahmen der Recherche identifizierten Instrumente zeigt, dass sich die Herangehensweise zur Beurteilung der organisationalen Gesundheitskompetenz zum Teil stark unterscheidet: Bei einigen der Instrumente erfolgt die Einschätzung der organisationalen Gesundheitskompetenz auf der Basis einer kurzen Checkliste. Bei der überwiegenden Zahl an Instrumenten handelt es sich wiederum um umfangreiche Fragebögen, die auf Selbsteinschätzungen beruhen. Dabei überwiegt der Einsatz von Selbsteinschätzungsinstrumenten mittels Fragebogen. Diese wurden entweder in ihrer ursprünglichen Form (Dietscher et al. 2015) oder durch die Auswahl von bestimmten Items der Fragebögen verwendet (ÖPGK 2018). Die meisten Instrumente wie z.B. das Selbstbewertungstool WKGKKO-I aus Österreich verfügen über eine theoretische Fundierung (Bremer et al. 2021; Pelikan 2019). Bislang sind allerdings nur wenige der Instrumente ausreichend validiert und getestet (ebd.).

Zwischenfazit

Mit der Veröffentlichung von Brach et al. 2012 lagen zwar erste theoretische Grundlagen einer gesundheitskompetenten Organisation vor, die Operationalisierung dieser Merkmale in Form von Messinstrumenten schloss sich jedoch nicht unmittelbar an. Bis heute steht die Instrumentenentwicklung zur Messung der organisationalen Gesundheitskompetenz noch am Anfang. Daher ist es nicht verwunderlich, dass es bislang noch verhältnismäßig wenige Instrumente und Checklisten gibt, mit denen die organisationale Gesundheitskompetenz in verschiedenen Versorgungssegmenten gemessen werden kann.

Mit Blick auf die Transferierbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem und hiesige Organisationen sind vor allem die deutschsprachigen Instrumente aus Österreich (Dietscher et al. 2015) und der Schweiz (De Gani et al. 2020) und ebenso das in Deutschland erarbeitete Instrument HLHLO-10 (Kowalski et al. 2015) wichtig. Zwar wurde das schweizerische Instrument für Organisationen der ambulanten Versorgung entwickelt, doch steht eine Prüfung der Eignung und der Transferbedingungen auf Einrichtungen der ambulanten Versorgung in Deutschland bislang aus. Es bleibt somit eine wichtige zukünftige Aufgabe, ein solches Instrument an die hiesigen Versorgungssegmente und die dort gegebenen Rahmenbedingungen zu adaptieren, um eine Aussage über die organisationale Gesundheitskompetenz im Gesundheitssystem in Deutschland treffen zu können. Dabei gilt es, wie zuvor erwähnt, ein partizipatives Vorgehen mit Fachpersonen und Führungskräften der verschiedenen Settings anzustreben. Sie geben wichtige Einblicke in die Strukturen und Arbeitsweisen.

Tabelle 5: Instrumente zur Messung organisationaler Gesundheitskompetenz

Nr.	Autor:innen	Jahr	Land	Instrument	Beschreibung	Setting	Quelle
1	Rudd/Ander- son	2006	USA	Health Literacy Environment Tool- kit	Toolkit zur Selbsteinschätzung der Gesundheitskompe- tenz-Sensibilität einer Organisation. Berücksichtigte Dimensionen: 1. Navigation (31 Items) 2. Print Communication (24 Items) 3. Oral Exchange (8 Items) 4. Technology (18 Items) 5. Policies & Protocols (19 Items) 6. Summary	Hospitals und Health Centers	https://cdn1.sph.har- vard.edu/wp-content/uplo- ads/si- tes/135/2012/09/healthli- teracyenvironment.pdf
2	Agency for Healthcare Re- search and Quality (AHRQ)	2007	USA	Pharmacy Health Literacy Assess- ment Tool	Selbsteinschätzungsinstrument (insgesamt 37 Items) zur Gesundheitskompetenz-Sensibilität von Apotheken. Berücksichtigte Dimensionen: 1. Promotion of Services 2. Print Materials 3. Clear Verbal Communication 4. Sensitivity to Literacy 5. Physical Environment 6. Care Process and Workforce 7. Paperwork and Written Communication 8. Culture	Pharmacy	https://www.ahrq.gov/sites /default/files/wysiwyg/pro- fessionals/quality-patient- safety/pharmhealth- lit/pharmlit/pharmlitap3.pdf
3	Wynia et al.	2010	USA	C-CAT Tool (Communication Climate Assess- ment Toolkits)	Toolkit umfasst folgende Dimensionen: 1. Organizational Commitment 2. Data Collection 3. Workforce Development 4. Community Engagement 5. Individual Engagement 6. Addressing Health Literacy 7. Meeting Language Needs 8. Cross-cultural Communication 9. Performance Monitoring	Hospitals and Primary Care Clinics	https://hscrc.mary- land.gov/documents/md- maphs/wg-meet/ce/06- 30/6-Communication-Cli- mate-Assessment- Toolkit.pdf
4	America's Health Insur- ance Plans (AHIP)	2010	USA	Health Plan Or- ganizational As- sessment of Health Literacy Activities	Selbsteinschätzungsinstrument zur Bewertung der GK- Freundlichkeit von ‚health insurance plans‘. Berücksichtige Dimensionen: 1. Printed Member Information (12 Items) 2. Web Navigation (12 Items) 3. Member Services/Verbal Communication (6 Items) 4. Forms (6 Items) 5. Nurse Call Line (6 Items) 6. Member Case/Disease Management (15 Items)	Health Plans	https://oepgk.at/wp-con- tent/uploads/2018/10/ge- sund- heitsplaene_usa_2010_e mory-rollins-school-of- public-health.pdf

5	Rudd	2010	USA	The Health Literacy Environment Activity Packet First Impressions & Walking Interview	Selbsteinschätzungsinstrument bezieht sich auf ‚Health Literacy Environment Review‘ nach Rudd/Anderson (2006). Berücksichtigte Dimensionen: 1. Planning 2. First Impressions 3. Telephone 4. Web 5. Walk to the Entrance 6. Walking Interview	Hospitals	https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2012/09/activitypacket.pdf
6	Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); Brega et al.	2010/2015	USA	Primary Care Health Literacy Assessment (2010, 2015)	Selbsteinschätzungsinstrument enthält insgesamt 51 Items berücksichtigt folgende Dimensionen: 1. Prepare Practice Change 2. Improve Spoken Communication 3. Improve Written Communication 4. Improve Self-Management and Empowerment 5. Improve Supportive Systems	Primary Care Practices Clinics	https://www.swselfmanagement.ca/uploads/resource/tools/primary%20care%20hl%20assessment.pdf
7	Groene/Rudd	2011	Spanien	Self-Assessment Health Literacy Environment	Selbsteinschätzungsinstrument zur Beurteilung von 5 Dimensionen. Basiert auf dem Konzept ‚health literacy environment‘. Berücksichtigte Dimensionen: 1. Navigation 2. Written communication 3. Oral communication, 4. Technology, 5. Policies	Krankenhäuser	https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1179/1753807611Y.0000000005?scroll=top&needAccess=true
8	Thomas/Zazryn	2013	Australien	Enliven Organisational Health Literacy Self-Assessment Audit Resource	Selbsteinschätzungsinstrumente, die zur Entwicklung einer gesundheitskompetenten Organisation beitragen. Sie operationalisieren alle 10 Merkmale einer GKO nach Brach et al. 2012. Berücksichtigte Dimensionen: 1. Has leadership that makes health literacy integral to its mission, structure and operations 2. Integrates health literacy into planning, evaluation measures, service users safety and quality improvement 3. Prepares the workforce to be health literate and monitors progress 4. Includes populations served in the design, implementation and evaluation of health and related information and services 5. Meets the needs of populations with a range of health literacy skills while avoiding stigmatisation 6. Uses health literacy strategies in interpersonal communications and confirms understanding at all points of contact	Health and Social Service Organizations	https://www.hqsc.govt.nz/assets/Consumer-Engagement/Resources/Enliven-health-literacy-audit-resource-Mar-2015.pdf

					<p>7. Provides easy access to health and related information and services and navigation assistance</p> <p>8. Designs and distributes print, audio-visual, and social media content that is easy to understand and act on</p> <p>9. Address health literacy in high-risk situations, including care transitions, communications about medicines, etc.</p> <p>10. Communicates clearly what health plans cover and what individuals will have to pay for services.</p>		
9	Dietscher et al.	2015	Österreich	Selbstbewertungsinstrument (WKGKKO-I)	<p>Selbstbewertungsinstrument umfasst neun Standards mit 22 Substandards und insgesamt 160 Indikatoren</p> <p>Berücksichtigte Dimensionen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Management-Grundsätze und Unternehmensstrukturen für GK etablieren 2. Materialien und Angebote partizipativ entwickeln und evaluieren. 3. Mitarbeiter:innen für die gesundheitskompetente Kommunikation mit Patient:innen qualifizieren 4. Eine unterstützende Umwelt schaffen – Navigationshilfen 5. Mit Patient:innen gesundheitskompetent kommunizieren 6. Die persönliche GK von (chronischen) Patient:innen und Angehörigen verbessern 7. Die persönliche GK der Mitarbeiter:innen verbessern 8. Zur Verbesserung der GK in der Region beitragen 9. Dissemination des Konzepts und Vorbildwirkung durch Best-Practice-Modelle 	Krankenhaus	https://oepgk.at/wp-content/uploads/2018/10/003-tool_hlo.pdf
10	Kowalski et al.	2015	Deutschland	health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10)	<p>Einfaktorielles Kurzinstrument mit 10 Items zur Selbstbewertung der organisationalen GK</p> <p>Berücksichtigte Dimensionen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Leadership 2. Integration 3. Inclusion of he served 4. Health literacy skills range 5. Communication standards 6. Provide access 7. Media variety 8. High-risk 9. Costs 10. Workforce 	Krankenhaus	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4332719/

11	Altin et al.	2015	Deutschland	Health Literate Primary Care Practice Screener	Screeninginstrumente für Primary Care Settings (aus Sicht Patient:innen); Fokus ist Anwendung von HL-Strategien im Bereich Kommunikation und Navigation	Primary Care Settings	https://bmcfampract.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12875-015-0336-4.pdf
12	Ernstmann et al.	2017	Deutschland	HL-COM	Fragenbogen zur verständnisorientierten Gesundheitskommunikation. Organisationale Gesundheitskompetenz aus Patientensicht. Berücksichtigte Dimensionen: 1. Leadership 2. integration 3. workforce 4. inclusion of the served 5. HL skills range 6. communication standards 7. provide access 8. media variety 9. high-risk, costs	Cancer center	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28545615/
13	Trezona et al.	2018	Australien	Org-HLR Tool	Selbsteinschätzungsinstrument bezieht sich auf sieben Dimensionen und 24 Subdimensionen: 1. External policy and funding environment 2. Leadership and culture 3. Systems, processes and policies 4. Access to services and programs 5. Community engagement and partnerships 6. Communication practices and standards 7. Workforce	Health and social service organisations	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6128002/
14	Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK)	2018	Österreich	Kurzform Selbstbewertungsinstrument WKGKKO-I	Kurzform des Selbstbewertungsinstrument WKGKKO-I 8 enthaltene Dimensionen: 1. Managementgrundsätze und Unternehmensstrukturen für Gesundheitskompetenz etablieren 2. Materialien und Angebote partizipativ entwickeln und evaluieren 3. Mitarbeiter/-innen für die gesundheitskompetente Kommunikation mit Patienten qualifizieren 4. Eine unterstützende Umwelt schaffen – Orientierung sicherstellen 5. Mit Patientinnen/Patienten gesundheitskompetent kommunizieren 6. Die Gesundheitskompetenz von Patientinnen/Patienten und deren Angehörigen über den Aufenthalt/Besuch hinaus verbessern 7. Die Gesundheitskompetenz der Mitarbeiter/-innen verbessern 8. Zur Gesundheitskompetenz in der Region beitragen	Gesundheitseinrichtungen	https://oepgk.at/wp-content/uploads/2019/09/selbsteinschaetzungsinstrument-pve.pdf

15	Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK)	2019	Österreich	Selbsteinschätzungsinstrument für Gesundheitskompetenz in Primärversorgungseinheiten	Kurzform des Selbstbewertungsinstrument WKGKKO-I 8 enthaltene Dimensionen: 1. Managementgrundsätze und Unternehmensstrukturen für Gesundheitskompetenz etablieren 2. Materialien und Angebote partizipativ entwickeln und evaluieren 3. Mitarbeiter:innen für die gesundheitskompetente Kommunikation mit Patient:innen qualifizieren 4. Eine unterstützende Umwelt schaffen – Orientierung sicherstellen 5. Mit Patient:innen gesundheitskompetent kommunizieren 6. Die Gesundheitskompetenz von Patient:innen und deren Angehörigen über den Aufenthalt/Besuch hinaus verbessern 7. Die Gesundheitskompetenz der Mitarbeiter:innen verbessern 8. Zur Gesundheitskompetenz in der Region beitragen	Primärversorgungseinheiten	https://oepgk.at/wp-content/uploads/2019/09/selbsteinschaetzungsinstrument-pve.pdf
16	International Working Group Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations	2019	Länderübergreifend	International Self-Assessment Tool for Organizational Health Literacy (Responsiveness) Of Hospitals (OHL-Hos)	Adaptierte englischsprachige Version des Selbstbewertungsinstrument (WKGKKO-I). Instrument enthält 8 Standards: 1. Implement organizational health literacy best-practices across all structures and processes of the organization. 2. Develop documents, materials and services with stakeholders in a participatory manner. 3. Enable and train staff for personal and organizational health literacy. 4. Provide and support easy navigation and access to documents, materials and services. 5. Apply health literacy best-practices in all forms of communication with patients. 6. Promote personal health literacy of patients and relatives after discharge. 7. Promote personal health literacy of staff with regard to occupational risks and personal lifestyles. 8. Contribute to promoting personal and organizational health literacy in the region.	Krankenhäuser	https://jasmin.goeg.at/1813/1/SAT-OHL-Hos-v1%200-EN-international_update1.1.pdf
17	Tasmanien Council of Social Service	2020	Tasmanien	Self-Assessment Checklist	Toolkit enthält Checkliste, die folgende Dimensionen berücksichtigt: 1. Consumer Involvement 2. Workforce 3. Meeting the Needs of Diverse Communities	Community Settings and smaller Community Health Organizations	https://www.hello-tas.org.au/sites/default/files/Hello-Tas%20Self%20Assessment%20Checklist.pdf

					4. Access and Navigation 5. Communication 6. Leadership and Management		
18	De Gani et al.	2020	Schweiz	Checkliste zur Selbsteinschätzung organisationaler Gesundheitskompetenz	Checkliste berücksichtigt 6 Dimensionen: 1. Einfachen Zugang zur Arztpraxis / Spitex ermöglichen und Orientierung erleichtern 2. Einfach und leicht verständlich kommunizieren 3. Gesundheitskompetenz unserer Patient:innen / Kund:innen stärken 4. Mitarbeitende im Bereich Gesundheitskompetenz stärken 5. Gesundheitskompetenz in Management und Organisationskultur verankern 6. Gesundheitskompetenz an Versorgungsschnittstellen, Vernetzung und weiterführende Aktivitäten der Organisation stärken	Primärversorgung (Ambulante Pflegedienste und Arztpraxen)	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7765861/
19	Rathmann et al.	2020	Deutschland	HLHO-10 adaptiert	Adaptiertes Kurzinstrument mit 10 Items zur Selbstbewertung: Berücksichtigte Dimensionen: 1. Mission Statement 2. Quality Management 3. Client Involvement in Developing Health Information 4. Communication Standards 5. Navigation 6. Client Support in Health-Related Issues 7. Initiatives to Promote HL 8. Health Promotion for Staff 9. Health Services for Clients	Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen	https://www.mdpi.com/1660-4601/17/8/2886/htm
20	Northern NSW Local Health District	k.A.	Australien	A Checklist for Health Literate Organisations	Checkliste operationalisiert die 10 Merkmale einer GKO nach Brach et al. (2012). Berücksichtigte Dimensionen: 1. Has leadership that makes health literacy integral to its mission, structure, and operations. 2. Integrates health literacy into planning, evaluation measures, patient safety, and quality improvement. 3. Prepares the workforce to be health literate and monitors progress. 4. Includes populations served in the design, implementation, and evaluation of health information and services. 5. Meets the needs of populations with a range of health literacy skills while avoiding stigmatization.	Nicht spezifiziert	https://healthliteracy.nswlhd.health.nsw.gov.au/wp-content/uploads/2016/12/HL-Organisational-checklist.pdf

				<p>6. Uses health literacy strategies in interpersonal communications and confirms understanding at all points of contact.</p> <p>7. Provides easy access to health information and services and navigation assistance.</p> <p>8. Designs and distributes print, audiovisual, and social media content that is easy to understand and act on.</p> <p>9. Addresses health literacy in high-risk situations, including care transitions and communications about medicines.</p> <p>10. Communicates clearly what health plans cover and what individuals will have to pay for services.</p>		
21	Gippsland Primary Care Partnerships	k.A.	Australien	<p>The Gippsland PCPs Mini Health Literacy Self-Assessment Checklist</p> <p>Checkliste operationalisiert die 10 Merkmale einer GKO nach Brach et al. (2012). Berücksichtigte Dimensionen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Has leadership that makes health literacy integral to its mission, structure, and operations. 2. Integrates health literacy into planning, evaluation measures, patient safety, and quality improvement. 3. Prepares the workforce to be health literate and monitors progress. 4. Includes populations served in the design, implementation, and evaluation of health information and services. 5. Meets the needs of populations with a range of health literacy skills while avoiding stigmatization. 6. Uses health literacy strategies in interpersonal communications and confirms understanding at all points of contact. 7. Provides easy access to health information and services and navigation assistance. 8. Designs and distributes print, audiovisual, and social media content that is easy to understand and act on. 9. Addresses health literacy in high-risk situations, including care transitions and communications about medicines. 10. Communicates clearly what health plans cover and what individuals will have to pay for services. 	Primary Care	<p>https://www.eastgippslandpcp.com.au/assets/files/2020/February/the_gippsland_guide_mini_checklist_print_version.pdf</p>

3.4 Arbeitshilfen zur Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz

International – und hier vor allem in den USA – wurde früh begonnen, unterstützende Arbeitshilfen, Guides und andere Materialien und Methoden zum Thema (organisationale) Gesundheitskompetenz zu entwickeln. Deren Nutzung hat sich bewährt. Daher existiert bereits seit langem eine ‚Community of Practice‘, in der Praktiken/Prinzipien bzw. Arbeitsweisen, die die Gesundheitskompetenz der Nutzer:innen innerhalb verschiedener Organisationen und Settings stärken, Anwendung finden (Kickbusch et al. 2022). Der Übersichtsarbeit von Farmanova et al. (2018) zufolge existieren bereits eine Vielzahl solcher Guides und Arbeitshilfen. Bei der Analyse dieser Arbeitshilfen haben Farmanova festgestellt, dass sie

„[...] vary in their scope (single- to multiple-issue) and context to which they apply. The majority of guides were developed for healthcare organizations in general; 6 are specialized for primary care practices, hospitals, and pharmacies, and one is designed to support health-literate nursing practices. Most guides combine an assessment of health literacy barriers and an action plan for improving OHL.“ (ebd.: 6)

Sie unterscheiden sich demzufolge in ihrem Umfang und ebenso dem Kontext, in dem sie angewendet werden. Der Großteil der Arbeitshilfen wurde allgemein für Organisationen des Gesundheitssystems entwickelt. Doch sechs solcher Guide sind speziell für die Primärversorgung, Krankenhäuser und Apotheken erarbeitet worden. Dabei sind die meisten der Leitfäden und Arbeitshilfen darauf ausgerichtet, potenzielle Barrieren bei der Stärkung von Gesundheitskompetenz der Nutzer:innen zu identifizieren und darauf basierend entsprechenden Handlungsbedarf abzuleiten.

Inhaltlich werden in den meisten Arbeitshilfen die Dimensionen ‚Kommunikation‘ (mündlich, schriftlich) sowie ‚Zugang zu‘ und ‚Navigation innerhalb der Organisation‘ adressiert. Auch die Ebene der in den Organisationen tätigen Mitarbeitenden spielt für die Schaffung einer gesundheitskompetenz-sensiblen Umgebung eine wichtige Rolle. Darüber hinaus ist die Leitungsebene entscheidend: Gesundheitskompetenz gilt es – laut diesen Leitfäden – in die Vision und strategische Planung der Organisationen zu integrieren (Farmanova et al. 2018; Pelikan 2019).

Beispiele solcher Arbeitshilfen stammen u.a. von der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) in den USA. Sie haben ein Toolkit mit Health-Literacy-Prinzipien entwickelt, um Informationen verständlich, nützlich und navigierbar zu machen (DeWalt et al. 2010). Das Health Literacy Environment Review von Rudd und Anderson (2006) ist ein Leitfaden, mit dessen Hilfe existierende Barrieren und Potenziale von Organisationen mit Blick auf das Thema Gesundheitskompetenz identifiziert und adressiert werden kann.

Auch in Deutschland wurde eine Material- und Methodensammlung zur Stärkung der persönlichen und organisationalen Gesundheitskompetenz entwickelt (Schmidt-Kaehler et al. 2017). Inhaltlich beginnt sie – wie nahezu alle Arbeitshilfen – mit einer thematischen Einführung zu

der Frage „Was sollte ich zum Thema Gesundheitskompetenz wissen?“. Neben der Begriffsdefinition werden hier die wichtigsten Zusammenhänge, Befunde und Implikationen skizziert. In den jeweiligen Abschnitten werden Materialien, Methoden und Instrumente in einem Übersichtstext zusammenfassend dargestellt. Diese können von Fachpersonen aus verschiedenen Versorgungssegmenten genutzt werden.

Auch wurde inzwischen eine Kurzinformation zur Gesundheitskompetenz für Pflegefachpersonen, andere Beschäftigte in der Pflege, Führungskräfte von Pflegeeinrichtungen und im Gesundheitswesen sowie Vertreter:innen von Verbänden aus dem Berufsfeld Pflege entwickelt (Schaeffer et al. 2020). Neben grundlegenden Hintergrundinformationen zum Thema Gesundheitskompetenz werden darin praktische Strategien und Tipps dargestellt, mit denen Gesundheitsinformationen verständlicher gemacht werden können. Ergänzend finden sich Hinweise dazu, wie Gesundheitskompetenz in Organisationen der Pflege gestärkt werden kann.

Zwischenfazit

Die bislang vor allem in den USA vorliegenden Leitfäden und Arbeitshilfen bieten eine Reihe an evidenzbasierten Empfehlungen und bewährte Methoden zur Stärkung der Gesundheitskompetenz. Mit Ausnahme einiger weniger Leitfäden wurden die meisten von ihnen allerdings nicht auf ihre Anwendbarkeit und Praxistauglichkeit in den jeweiligen Organisationen getestet. Dies gilt für die Vielzahl an englischsprachigen Arbeitshilfen und ebenso für die vorliegenden deutschsprachigen Leitfäden und Methodensammlungen. Eine wesentliche zukünftige Aufgabe wird daher darin bestehen, existierende Leitfäden und Arbeitshilfen mit Blick auf ihre Gebrauchstauglichkeit (usability) und Wirksamkeit in der Praxis zu testen und zu evaluieren. Auch bei der Weiterentwicklung bereits vorliegender Leitfäden und ebenso bei der Erarbeitung neuer Arbeitshilfen ist es wichtig, ein partizipatives Vorgehen anzustreben und dabei besonders erforderlich Fachpersonen und Führungskräfte der verschiedenen Versorgungssegmente von Beginn an in den Entwicklungsprozess einzubeziehen, um Passungs- und Implementationsprobleme zu vermeiden. Zu beachten ist außerdem, dass auch die Erarbeitung solcher Leitfäden auf theoretisch und konzeptionell fundierten Vorarbeiten beruhen sollte.

Tabelle 6: Arbeitshilfen zur Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz

Nr.	Autor:innen	Jahr	Land	Tool	Beschreibung	Setting	Quelle
1	Rudd/Ander- sen	2006	USA	Health Literacy Environment Review	Tool mit dessen Hilfe existierende Barrieren und Potenziale der HL-Environment von Organisationen identifiziert und adressiert werden können. Berücksichtigte Dimensionen: 1. Navigation 2. Print Communication 3. Oral Exchange 4. Technology 5. Policies & Protocols 6. Summary	Hospitals und Health Centers	https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2012/09/healthliteracyenvironment.pdf
2	The Joint Commission	2007	USA	What Did the Doctor Say? Improving Health Literacy to Protect Patient Safety	White Paper, in dem Empfehlungen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz und Reduzierung von Kommunikationsprobleme beschrieben sind. Darin berücksichtigte Dimensionen: 1. Make Effective Communications an Organizational Priority to Protect the Safety of Patients 2. Incorporate Strategies to Address Patients' Communication Needs Across The Continuum of Care 3. Pursue Policy Changes That Promote Improved Practitioner-Patient Communications	Healthcare organizations	/What%20Did%20the%20Doctor%20Say__%20Improving%20Health%20Literacy%20to%20Protect%20Patient%20Safety.pdf
3	National Adult Literacy Agency	2009	Irland	Literacy Audit for Healthcare Settings	Umfangreiche Arbeitshilfe, in der folgende Dimensionen berücksichtigt werden: Section 1: Toolkit for Literacy Friendly Healthcare Settings (enthält u.a. Hintergrundinformationen zu Literacy und HL sowie Best Practice Guidelines) Section 2: Health Literacy Audit (u.a. Quality Statement; Health Literacy Plans	Health services	https://www.nala.ie/wp-content/uploads/2019/08/Literacy-audit-for-healthcare-settings.pdf
4	DeWalt et al.	2010	USA	AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit, First Edition	Umfangreiche Arbeitshilfe – gegliedert in: <ul style="list-style-type: none"> • Tools to start on the path of improvement • Tools to improve spoken communication • Tools to improve written communication • Tools to improve self-management and empowerment • Tools to improve supportive systems 	Healthcare environment	https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/health-literacytoolkit.pdf

5	Abrams et al.	2014	USA	Building Health Literate Organizations: A Guidebook to Achieving Organizational Change	Umfangreiches Arbeitshilfe – gegliedert in: <ul style="list-style-type: none"> • Hintergrundwissen zu Gesundheitskompetenz und organisationale Gesundheitskompetenz • Leitungsebene engagieren • Mitarbeitende schulen MA • Care Environment • Einbeziehung der Nutzer:innen • mündliche und schriftliche Kommunikation • Fallbeispiel 	All parts of healthcare	https://coabe.org/wp-content/uploads/2019/09/COABEJournalWinter2015.pdf#page=71
6	Brega et al.	2015	USA	AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit, Second Edition	Umfangreiches Arbeitshilfe – gegliedert in: <ul style="list-style-type: none"> • Tools to start on the path of improvement • Tools to improve spoken communication • Tools to improve written communication • Tools to improve self-management and empowerment • Tools to improve supportive systems 	Primary Care Settings	https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/healthlit-toolkit2_4.pdf
7	Ministry of Health	2015	Neuseeland	Health Literacy Review: A guide	Leitfaden, mit dessen Hilfe ein 'HL-Review' durchgeführt werden kann. Dieses dient als Basis zur Umsetzung einer gesundheitskompetenten Organisation. Das im Leitfaden enthaltene HL-Review beinhaltet folgende Dimensionen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Leadership and Management 2. Consumer involvement 3. Workforce 4. Meeting the needs of the population 5. Access and navigation 6. Communication 	Healthcare organizations	https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/health-literacy-review-a-guide-may15-v2.pdf
8	Gippsland Primary Care Partnerships	2015	Australien	The Gippsland Guide to becoming a Health Literate Organisation	Arbeitshilfe, der Organisationen darin unterstützen soll sich zu einer gesundheitskompetenten Organisation zu entwickeln. Der gliedert sich in: <ol style="list-style-type: none"> 1. Introduction (What is Health Literacy and why is it important to your organisation?; Health Literacy in Gippsland – the journey so far; Aim and Structure of the Guide) 2. Section One: Model Policy (Model Health Literacy Policy; Health Literacy Policy template) 	Primary Care Organisations	https://healthliteracy.nswlhd.health.nsw.gov.au/wp-content/uploads/2018/07/The-Gippsland-Guide-to-becoming-a-Health-Literate-Organisation-ELECTRONIC-FINAL-3.pdf

					<p>3. Section 2: 10 Attributes of a Health Literate Organisation (The Attributes; Agency Self-Assessment Checklist)</p> <p>4. Section Three: Mapped Accreditation Standards (Accreditation Standards aligned with the 10 Attributes of a Health Literate Organisation)</p> <p>5. Section Four: Resources</p>		
9	Schmidt-Kaehler et al.	2017	Deutschland	<p>Gesundheitskompetenz - verständlich informieren und beraten: Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz</p>	<p>Material- und Methodensammlung. Folgende Bereiche werden berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was sollte ich zum Thema Gesundheitskompetenz wissen? • Wie erkenne ich eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz? • Was ist im Gespräch zu beachten? • Was ist bei der Erstellung von Gesundheitsinformationen zu beachten? • Welche Rahmenbedingungen müssen geschaffen werden? 	<p>ursprünglich für das Beratungssetting entwickelt; auch in Bereichen der gesundheitlichen Versorgung nutzbar</p>	<p>https://pub.uni-bielefeld.de/download/2908199/2909623/mms_gesundheitskompetenz_lq_170321.pdf</p>
10	Kraus-Füreder/Soffried	2017	Österreich	<p>Methodenbox: Die gesundheitskompetente Sozialversicherung.</p>	<p>Methodenbox zielt auf Stärkung der Gesundheitskompetenz in Organisation der Sozialversicherung in Österreich. Folgende Bereiche werden berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Daten und Fakten zum Thema Gesundheitskompetenz • Was sollten Sie bei der Entwicklung von Informationsmaterialien beachten? • Was sollten Sie in der Gesprächsführung mit Versicherten beachten? • Wie können Sie Versicherten Orientierung bieten? • Wie können Sie Versicherte beteiligen? • Wie können Sie Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen auf ihre Rolle in einer gesundheitskompetenten Sozialversicherung vorbereiten? • Entwicklung einer gesundheitskompetenten Sozialversicherung 	<p>Organisationen der Sozialversicherung</p>	<p>https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.731981&version=1580910437</p>

11	NSW Health, Clinical Excellence Commission	2019	Australien	Health Literacy Framework. A Guide to Action	Dieser Leitfaden dient als Hilfe zur Umsetzung von Gesundheitskompetenz Maßnahmen. Es werden 4 Prioritäten definiert. <ul style="list-style-type: none"> • Priority 1: Patients, Families and Carers • Priority 2: Staff • Priority 3: Environment • Priority 4: Health System • Health Literacy in Aboriginal Communities • Evaluation and Measurement Glossary	Health System in NSW	https://www.cec.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0008/487169/NSW-Health-Literacy-Framework-2019-2024.pdf
12	Tasmanian Council of Social Service (TasCOSS)	2020	Tasmanien	HeLLO Tas! Toolkit	Umfangreiche Arbeitshilfe zur Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz Gliedert sich wie folgt: <ul style="list-style-type: none"> • Part One: The Process • The Process to Becoming a Health Literate Organisation • Part Two: The Self-Assessment Checklist • Part Three: The Tools 	Community sector	https://www.hellotas.org.au/
13	Schaeffer et al.	2020	Deutschland	Gesundheitskompetenz. Kurzinformation für Pflegefachpersonen	Kurzinformation für Pflegefachpersonen. Gliedert in: <ol style="list-style-type: none"> 1. Überblick über Definitionen und Befunde 2. Wie können Pflegefachpersonen Gesundheitskompetenz verbessern? 3. Praktische Tipps zur Förderung von Gesundheitskompetenz 4. Förderung von Gesundheitskompetenz als Leitungsaufgabe 	Krankenhaus, Ambulante Pflege, Alten- und Pflegeheim	https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Gesundheitskompetenz-Broschuere.pdf
14	Center for Disease Prevention and Control (CDC)	k.A.	USA	Making Health Literacy Real: The Beginnings of My Organization's Plan for Action	Anleitung, die Organisationen zur Entwicklung einer GKO helfen kann. Darin werden alle nötigen Schritte von der Planung und der Durchführung eines Assessments bis hin zur Formulierung von Zielen und ihrer Evaluation. Die Anleitung gliedert sich wie folgt: <ul style="list-style-type: none"> • Identifying my Advocates (Internal and External) • Getting Buy-In • Commitment to Planning • Honest Assessment (Factor and Opportunities for Health Literacy Improvement) • Consider Barriers and Solutions • Developing Your Action Plans • Next Steps 	Nicht spezifiziert	https://www.cdc.gov/healthliteracy/pdf/planning_template.pdf

Tabelle 7: Liste aller einbezogenen Quellen

Nr.	Autor:innen, Erscheinungsjahr	Land	Methoden	Setting	Beschreibung/Inhalt
1	Aaby et al. (2020a)	Dänemark	Fallstudie	Municipal Rehabilitation Unit	<ul style="list-style-type: none"> • Basis der Fallstudie ist IUHPE GKO Definition sowie der Org-HLR Framework von Trezona et al. 2017 • Machbarkeits-Studie zur Durchführung des Org-HL Prozess (inkl. Anwendung Selbsteinschätzungsinstrument) erfolgte mit den Manager:innen und vier therapeutischer Teams • Durchführung des Org-HL Prozess ermöglichte die Entwicklung eines Aktionsplans (durch Mitarbeitende und Leitung der Organisation)
2	Aaby et al. (2020b)	Dänemark	Fallstudie	Cardiac rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> • Basis der Studie ist IUHPE Definition zur organisationalen GK • Entwicklung und Test einer GKO Intervention in Cardiac rehabilitation auf Basis des erweiterten OPEHLIA Ansatz • Teil der Studie: Einschätzung der GK der Nutzer:innen, Analyse organisationalen Gesundheitskompetenz mittels Org-HLR Tool und Prozess (Trezona et al. 2017)
3	Abrams et al. (2014)	USA	Arbeitshilfe	All Parts of Healthcare	<ul style="list-style-type: none"> • Basis GKO Merkmale nach Brach et al. 2012 • Arbeitshilfe aus den USA, das Organisationen helfen soll sich zu einer GKO zu entwickeln • Umfangreiche Arbeitshilfe enthält Hintergrundinformationen, Quellen, Beispiele und "lessons learned" Hinweise
4	Adsul et al. 2017	USA	Qualitative Studie	Healthcare Organizations	<ul style="list-style-type: none"> • Theoretische Basis bildet Modell aus Managementliteratur (Framework for Organizational Transformation) • Ziel der Studie war die Untersuchung wie Organisationen des Gesundheitswesens benachteiligte Bevölkerungsgruppen versorgen und dabei auf GK-bedingte Veränderungen reagieren • Dazu wurden qualitative Interviews mit Personen aus 11 Healthcare Organizations geführt
5	Allott et al. 2018	Australien	Fallstudie	Health and Community Services	<ul style="list-style-type: none"> • Fallstudie – Ansatz auf systemebene zur Verbesserung der GK-responsiveness in einer ausgewählten Region • Ergebnisse zeigen positive Auswirkungen auf die persönliche und organisationale Gesundheitskompetenz
6	Altin et al. 2015	Deutschland	Validierungsstudie	Primary Care Setting	<ul style="list-style-type: none"> • Basis GKO Merkmale nach Brach et al. 2012 • Entwicklung und Validierung eines Screeninginstruments für Primary Care Settings (aus Sicht Patient*innen)

					<ul style="list-style-type: none"> • Fokus ist Anwendung von Gesundheitskompetenz Strategien im Bereich Kommunikation und Navigation
7	Annaruma/Palumbo 2016	Italien	Explorative Studie	Health Professionals from all parts of Healthcare	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel der Studie war es die Perspektive und das Bewusstsein von Health Professionals zur Bedeutung von organisationaler Gesundheitskompetenz und wie diese bislang in Organisationen adressiert wird, zu erheben • Ergebnis: geringes Engagement im Bereich GKO; fehlende Strategie zur Stärkung der GK sowie mangelnde finanzielle Ressourcen; Einsatz informeller Tools der Health Professionals zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Patient:innen mit geringer Gesundheitskompetenz
8	Baumeister et al. 2021	Deutschland	Qualitative Studie	Healthcare Professionals	<ul style="list-style-type: none"> • Effektive Kommunikation ist wesentlicher Aspekt organisationaler Gesundheitskompetenz • Ziel der qualitativen Studie war die Untersuchung von GK-bezogenen Herausforderungen, Bedürfnissen und angewandten Lösungen von Health Professionals im Umgang mit Personen mit Migrationshintergrund. • Theoretische Basis bildet HL-Modell nach Sørensen et al. 2012 • Zu den Herausforderungen gehörte u.a. Missverhältnis zwischen der Bereitstellung und der Nutzung von Gesundheitsversorgung. • Weitere Herausforderungen waren das Misstrauen der Menschen mit Migrationshintergrund gegenüber den Health Professionals und dem deutschen Gesundheitssystem, die Unsicherheit der Teilnehmer:innen im Umgang mit den Erwartungen und Bedürfnissen der Patient:innen • Umweltfaktoren waren der systemische Zeitmangel und der wirtschaftliche Druck.
9	Beauchamp et al. 2017	Australien	Interventionsstudie	Primary Health (community health services) Setting	<ul style="list-style-type: none"> • Basis ist OPTimise Health Literacy and Access (Ophelia) Ansatz • Ophelia ist evidenzbasierter Ansatz zur Identifizierung, Implementierung und Evaluation von Gesundheitskompetenz Interventionen in Organisationen. • Er wurde in primary health (community health services) settings entwickelt und getestet.

10	Bonaccorsi et al. 2020	Italien	Querschnittstudie	Hospitals in unterschiedlicher Trägerschaft (n=405 Healthcare Managers)	<ul style="list-style-type: none"> Validierung des HLHO-10 in Italienisch Ziel der Untersuchung war die Messung in welchem Ausmaß die 10 Merkmale einer GKO in den KHS implementiert sind; sowie Zusammenhang mit implementierten Attributen und der Qualität der Versorgung HLHO score variiert zwischen KH-Typen Höherer HLHO score bei Aspekten der Information und Kommunikation zwischen HPs und Patienten HL Prinzipien sind nicht explizit Bestandteil der Krankenhausstrategien, aber in der praktischen Arbeit
11	Brach 2017	USA	Theoretische Arbeit	Healthcare Organizations	<ul style="list-style-type: none"> Ziel der Ausführungen ist es die Entwicklung des Feldes Gesundheitskompetenz hin zu einer Systemperspektive nachzuvollziehen Bezug zu GKO Merkmalen nach Brach et al. 2012
12	Brach et al. 2013	USA	Theoretische Arbeit	-	<ul style="list-style-type: none"> Basis GKO Merkmale nach Brach et al. 2012 Operationalisierung der 10 Eigenschaften auf die Berufsgruppe der Ärzt:innen
13	Brach et al. 2012	USA	Theoretische Arbeit, Diskussionspapier	Healthcare Organizations	<ul style="list-style-type: none"> In diesem Papier werden 10 Merkmale vorgestellt, die ein Beispiel für eine gesundheitskompetente Organisation der Gesundheitsversorgung sind. Gesundheitsorganisationen, die diese Attribute verkörpern, schaffen ein Umfeld, das es den Menschen ermöglicht, das gesamte Spektrum der Gesundheitsversorgung zu nutzen und optimal davon zu profitieren. Durch die Darstellung dieser Vision versucht dieses Papier, die Organisationen auf ihrem Weg zur Gesundheitskompetenz zu unterstützen. Jedes Merkmal enthält eine kurze Erläuterung der Bedeutung und der Grundlage für das Merkmal. Es folgt eine Reihe von Umsetzungsstrategien, die zur Erreichung des Merkmals verwendet werden können.
14	Brach/Harris 2021	USA	Theoretische Arbeit	-	<ul style="list-style-type: none"> US-Gesundheitsministerium (HHS) Healthy People 2030 veröffentlichte Zehnjahresplans zur Verbesserung der Gesundheit aller Amerikaner:innen. GK wird darin erstmals als wichtiger Teil benannt Darüber hinaus hat Healthy People 2030 eine erweiterte Definition von Gesundheitskompetenz veröffentlicht
15	Brega et al. 2015	USA	Arbeitshilfe	Primary Care Practices, Community Clinics	<ul style="list-style-type: none"> Toolkit enthält 21 Instrumente zu vier Bereichen (mündliche und schriftliche Kommunikation, Selbstmanagement und Empowerment sowie Supportive Systems); Anhang über 30 Quellen, Vordrucke, die zur Unterstützung bei der Implementierung dienen

					<ul style="list-style-type: none"> • Toolkit wurde in primary care practices und community clinics getestet
16	Brega et al. 2019	USA	Mixed Methods (Literaturreview, Delphi-Befragung, Interviews)	-	<ul style="list-style-type: none"> • Basis GKO Merkmale nach Brach et al. 2012 • Ableitung eines eigenen GKO Frameworks (4 Kernbereiche) • Identifizierung von 22 vorliegenden zur Messung wie Qualität verbessert werden kann → mit GKO Bezug Instrumenten • Erarbeitung einer Reihe an konsensfähigen GKO-QI-Maßnahmen, die Organisationen zur Information über GKO-Verbesserungsmaßnahmen verwenden können
17	Bremer et al. 2021	Deutschland	Scoping Review	Healthcare organization	<ul style="list-style-type: none"> • Übersichtsarbeit, in der (i) Eigenschaften einer gesundheitskompetenten Gesundheitseinrichtung und (ii) Konzepte, Begriffe und Instrumente, die diesen Eigenschaften zugrunde liegen • Als Kernthema organisationaler Gesundheitskompetenz wurde die Kommunikation mit den Nutzergruppen identifiziert • Die verschiedenen Begriffe wurden in vier konzeptionelle Cluster unterteilt: 1) Gesundheitskompetenz in verschiedenen sozialen Kontexten; 2) Gesundheitskompetenz in der Organisation der Gesundheitsversorgung; 3) Organisationsverhalten und 4) Kommunikation in der Gesundheitsversorgung. • Es wurden 17 verschiedene Assessment Tools identifiziert. Nur einige der Tools und Instrumente wurden validiert oder in Machbarkeitsstudien getestet.
18	Charoghchian Khorasani et al. 2020	Iran	Systematic Review	Healthcare centers	<ul style="list-style-type: none"> • Literaturreview zielt darauf "to understand the evidence for the effectiveness of OHL and its health outcome, and the facilitators and barriers that influence the implementation of OHL" • Autoren identifizieren 15 zentrale GKO Barrieren sowie 8 Selfassessment Tools
19	De Gani et al. 2020	Schweiz	Instrumentenentwicklung	Arztpraxen, ambulante Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung eines Selbstbewertungsinstrument der organisationalen Gesundheitskompetenz in der Primärversorgung in der Schweiz • Ziel des Instruments: Organisationen in die Lage zu versetzen, Handlungsbedarf zu erkennen, Verbesserungsmaßnahmen zu planen und umzusetzen • Instrument wurde partizipativ mit Praxispartner:innen entwickelt und beruht theoretisch auf Vorarbeiten aus Österreich und Tasmanien

					<ul style="list-style-type: none"> Instrument besteht aus 3 Modulen: Anleitung, Checkliste, Handbuch mit Maßnahmen zur Verbesserung der organisationaler Gesundheitskompetenz
20	Dietscher et al. 2015	Österreich	Machbarkeitsstudie	Krankenbehandlungseinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> Basis GKO Standards und Instrument aus Österreich (WGKKO) Darstellung Selbstbewertungsinstrument: Instrument mit 9 Standards, 22 Sub-Standards und 160 Indikatoren Toolbox organisationale GK Bericht zur Machbarkeitsstudie zum WKGKKO-I
21	Dietscher / Pelikan 2016	Österreich	Instrumentenentwicklung	Krankenbehandlungseinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> Entwicklung eines Selbstbewertungsinstrument (Wiener Konzept gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen, WKGKKO-I) für die organisationale Gesundheitskompetenz Theoretisch basiert auf Wiener Konzept Gesundheitskompetenter KB-Organisationen Instrument wurde in einer Machbarkeitsstudie getestet
22	Dodson et al. 2014	Australien	Informationsbroschüre	Health Systems, Communities	<ul style="list-style-type: none"> In dieser Informationsbroschüre werden die Gesundheitskompetenz, ihre Relevanz für die öffentliche Politik und die Möglichkeiten, wie sie zur Förderung der Gesundheit, zur Prävention und zum Umgang mit übertragbaren und nicht übertragbaren Krankheiten sowie zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten genutzt werden kann, vorgestellt. Es enthält Informationen und Links zu weiteren Ressourcen, die Organisationen und Regierungen dabei helfen sollen, Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz in die Praxis, in Dienstleistungssysteme und in die Politik einzubinden.
23	Ernstmann et al. 2017	Deutschland	Instrumentenentwicklung	Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur verständnisorientierten Gesundheitskommunikation (HL-COM) – GKO aus Patientensicht Fragebogen enthält 9 Items, die auf „verständnisorientierte Gesundheitskommunikation“ ausgerichtet sind (Teilaspekt von organisationaler Gesundheitskompetenz) abgebildet Verständnisorientierte Gesundheitskompetenz hängt eng mit der Unterstützung durch die behandelnden Ärzt:innen zusammen
24	Ernstmann et al. 2020	Deutschland	Memorandum	-	<ul style="list-style-type: none"> Hinweis auf Brach et al. sowie Standards GKO aus Österreich

					<ul style="list-style-type: none"> Autoren schlagen drei grobe Kategorien vorliegender Begriffe/Konzepte vor: „Health System Health Literacy“, „Organisational Health Literacy“ und „Health Literacy Practices“. Im deutschen Sprachraum übliche Begriffe sind „gesundheitskompetenzförderliches Gesundheitssystem/Praxis“, „organisationale Gesundheitskompetenz“, „gesundheitskompetente Organisationen“, „gesundheitskompetenzfreundliche Organisation“ oder „responsive Gesundheitssysteme“
25	Farmanova et al. 2018	Kanada	Scoping Review	-	<ul style="list-style-type: none"> Ziel des Scoping Reviews war es 1) Theorien und Frameworks zur organisationalen Gesundheitskompetenz, 2) Eigenschaften einer GKO, 3) Evidenz zur GKO, 4) Barrieren und Förderliche Faktoren bei der Implementierung des Konzepts in den vorliegenden HL-Guides zu identifizieren 15 Paper adressieren Theorie/Konzept GKO 20 Paper waren HL-Guides 13 Paper fokussieren auf die Implementierung von GKO und den Einsatz von HL-Guides
26	Groene/Rudd 2011	USA	Pilotstudie	Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> Basis bildet Konzept zur health literacy environment nach Rudd/Andersen 2006 Ziel der Studie war die Einschätzung des ‚Literacy environment‘ von 10 Krankenhäusern in Spanien. Mit Hilfe der Einschätzung wurden hindernde und fördernde Faktoren in Bezug zu den Fähigkeiten der Menschen/Patienten im KH zu navigieren und Zugang zu erhalten, identifiziert Die Ergebnisse wiesen auf erheblichen Handlungsbedarf in den einzelnen Dimensionen der Kommunikation hin
27	Henrard et al. 2019	Belgien	Validierungsstudie, Instrument	Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> Ziel war die Übersetzung des Wiener GKO Selbsteinschätzungsinstrument in Französisch; Adaptierung für den französisch-sprechenden Teil von Belgien
28	Henrad et al. 2021	Belgien	Explorative Fallstudie	Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> In der Studie wurde französische Version des V-HLO (V-HLO-fr) in Krankenhäusern in Belgien getestet, um ihre Durchführbarkeit zu untersuchen und einen ersten Einblick in die Stärken und Schwächen der Gesundheitskompetenz in den teilnehmenden Krankenhäusern zu erhalten.
29	Howe et al. 2020	USA	Mixed Method (Triangulation)	Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> Theoretische Basis 10 Merkmale einer GKO nach Brach et al. (2012)

					<ul style="list-style-type: none"> • Ziel der Studie war es zu untersuchen, wie Strategien und Maßnahmen der 10 Merkmale einer GKO in Krankenhäusern in Nord-Texas angewendet/umgesetzt werden
30	Institute of Medicine 2012	USA	Workshop Summary	Healthcare Organizations	<ul style="list-style-type: none"> • Workshop zur Erarbeitung der Inhalte und Eigenschaften gesundheitskompetenter Organisationen • 18 Eigenschaften, die Bewusstsein für Gesundheitskompetenz in Organisationen schaffen • Grundlage für die 10 GKO Merkmale von Brach et al.
31	Institute of Medicine 2013	USA	Workshop Summary	Healthcare Organizations	<ul style="list-style-type: none"> • Implementierung von Eigenschaften einer GKO • Workshop als Follow Up des Diskussionspapiers "10 Attributes of a Health Care Organization" • Ziel des Workshops: Networking, Informationsaustausch • Diskussion von Implementationsansätzen, Tools und Strategien
32	International Working Group Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations 2019	Länderübergreifend	Adaption Messinstrument	Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel der Working Group war Erarbeitung einer adaptierten englischsprachige Fassung des Selbstbewertungsinstrument (WKGKKO-I). • Instrument enthält 8 Standards
33	Jessup et al. 2018	Australien	Mixed methods	Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> • Basis OPHELIA Ansatz • Ziel dieser Studie war es, mithilfe von Co-Design Ideen für Interventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz zu entwickeln (von Patient:innen und MA von Krankenhäusern) – als Antwort auf identifizierte HL-Needs der Patient:innen. • es wurden 5 Schlüsselaspekte für die Gesundheitskompetenz der Patient:innen identifiziert: 1. Gute Kommunikation während des Krankenhausaufenthalts; 2. Soziale Unterstützung für Gesundheit; 3. Eine gute Entlassung; 4. Versorgung über das gesamte Kontinuum; 5. Zugang zu qualitativ hochwertigen Informationen zu Hause
34	Kaper et al. 2019	Niederlande, Irland	Mixed Method	Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung der Implementierung von organisationaler Gesundheitskompetenz sowie Identifizierung von Barrieren und fördernde Faktoren und Langzeit-Effekten von organisationaler Gesundheitskompetenz Interventionen in Krankenhäusern (n=4) in den Niederlanden und Irland • Dazu wurden 2 GKO Interventionen implementiert (Zeitraum 18 Monate) • Barrieren: Begrenzte Ressourcen; unterschiedliche Organisationsstrukturen und -prozesse

					<ul style="list-style-type: none"> • Förderliche Faktoren: Unterstützung durch Leitung; Einbettung der Intervention in laufende Aktivitäten; aktive Partizipation; schrittweises Vorgehen
35	Kaphingst et al. 2014	USA	Telefonsurvey	Healthcare Organizations	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung einzelner GKO Merkmale von Healthcare Organizations (u.a. front desk experience) und deren Einfluss auf Patient-reported Outcomes • Bezug zu HLO Standards von Brach et al. 2012 • Gute „front desk experience“ ist Einflussfaktor auf Outcomes • Stärkerer Einflussfaktor als eigene HL-Skills, daher HLO Ansatz umso wichtiger
36	Kowalski et al. 2015	Deutschland	Mixed-method (Literaturreview, Expertenworkshop, Fokusgruppen und qualitative Interviews)	Brustkrebszentren	<ul style="list-style-type: none"> • Bezug zu GKO Merkmalen von Brach et al. 2012 • Entwicklung und Validierung des HLHO-10 Instruments • Kurzinstrument mit 10 Items zur Selbstbewertung der organisationalen Gesundheitskompetenz (HLHO-10) wurde in Deutschland am Beispiel von zertifizierten Brustkrebszentren validiert
37	Kružliaková et al. 2021	USA	Mixed-method	Public Health Setting	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel dieser Studie war die Bildung eines Teams zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz, das sich aus Forschern der Universität und Direktoren und Mitarbeitenden des Virginia Department of Health (VDH) zusammensetzte, um die OHL-Praktiken der VDH-Mitarbeitenden in vier medizinisch unterversorgten Gesundheitsbezirken im Südwesten Virginias zu bewerten und zu verbessern. • Dazu diente das Health Literacy Universal Precautions Toolkit der Agency for Healthcare Research and Quality als Leitfaden (Bedarfsanalyse und Verbesserungsplan) • Die Ergebnisse spiegeln aus Sicht der Mitarbeitenden und der Kund:innen Stärken und Schwächen der derzeitigen OHL-Praktiken wider, wobei der größte Bedarf bei der schriftlichen Kommunikation festgestellt wurde
38	Laing et al. 2020	Australien	Mixed-method (pre- und post Data; interviews)	Primary healthcare organization	<ul style="list-style-type: none"> • Basis ist Org-HLR Framework und Tool (Trezona et al. 2018) • Pilotstudie, in der Org-HLR Framework und Tool in Primary healthcare organisations in Australien implementiert und evaluiert wurde • Org-HLR-Workshops wurden als lehrreich erachtet: Teilnehmer:innen lernten, dass GK ein viel breiteres Konzept ist, als sie dachten, und dass es die Bedürfnisse der gesamten Community berücksichtigt, nicht nur die Vermittlung von Gesundheitsinformationen an Einzelpersonen,

					und (2) ein Konzept ist, das eine organisatorische Verankerung benötigt
39	Livaudais-Toman et al. 2014	USA	Telefonsurvey	Clinical trial sites	<ul style="list-style-type: none"> • Bezug zu Brach et al. (Ten Attributes of HLO) • Ziel der Studie war es zu untersuchen, wie (organisatorische) Merkmale von clinical trial sites (z. B. Art der Praxis, ethnische Vielfalt der Patient:innen, sprachliche Vielfalt der Patient:innen und Anzahl der angebotenen Phase-III-Studien) mit health literate Verhaltensweisen assoziiert sind
40	Lloyd et al. 2018a	Australien	Theoretische Arbeit	Bezug zu Local Health Districts und Primary Health Networks	<ul style="list-style-type: none"> • Bezug zu Brach et al. 2012 (GKO Merkmale) • Artikel zeigt auf wie community and organisational health literacy interventions in der Praxis angewendet werden können (Beispiele: Local Health Districts (LHDs) und Primary Health Networks (PHNs) in New South Wales (NSW), Australia)
41	Lloyd et al. 2018b	Australien	Systematic Review, Narrative Synthesis	-	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel des Reviews ist es die Evidenz effektiver Strategien zur Gestaltung/Erarbeitung von HLO zu identifizieren • Fazit: Einsatz von Instrumenten zur Förderung der Gesundheitskompetenz sind zwar als wichtig, um das Bewusstsein für Gesundheitskompetenz in den Organisationen zu verbessern, doch reichen sie nicht aus, um organisatorische Veränderungen herbeizuführen, die zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in Organisationen notwendig sind
42	Lubasch et al. 2021	Deutschland	Patientenbefragung	Krankenhaus	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel der Studie: Untersuchung, welche Krankenhausmerkmale (in Bezug auf die Prozessorganisation) und Patientenmerkmale zu einer besseren Einschätzung einer GK-sensiblen Kommunikation beitragen und ob eine solche Form der Kommunikation, mit besseren Patientenerfahrungen assoziiert ist • HL-COM-Skala zur Erhebung der gesundheitskompetenzsensiblen Kommunikation • Investitionen in eine gute Prozessorganisation könnte die GK-sensible Kommunikation verbessern. Dies hat wiederum einen positiven Beitrag für die Arzt-Pat.-Beziehung und kann zudem den unbefriedigten Informationsbedarf der Patient:innen verringern
43	Meggetto et al. 2018	Australien	Review	Health Service Context	<ul style="list-style-type: none"> • Artikel liefert Überblick über 19 verschiedene Begriffe zur organisationalen Gesundheitskompetenz, die derzeit im Versorgungskontext genutzt werden

44	Mehlis et al. 2021a	Deutschland	Explorative Studie	Gesundheitsämter	<ul style="list-style-type: none"> • Die Studie beschäftigt sich mit der organisationalen Gesundheitskompetenz von Gesundheitsämtern in Deutschland • Dafür wurde ein neues konzeptionelles Modell mit 12 Attributen einer GKO erarbeitet. • Im Modell berücksichtigte Dimensionen sind u.a.: Führung und Leitbild, Planung und Qualitätssicherung, GK der Mitarbeitenden, Zugang und Navigation, Bedürfnisorientierte Angebote, Einbeziehung der Zielgruppen, Interpersonelle Kommunikation, Einfach verständliche Medien, Hochrisikosituationen, Versorgungsschnittstellen und Medikamente, Informationen zu Kostenübernahme von Leistungen) • Das neue Modell „OGK-GA“ legt den Grundstein für zukünftige Forschung in diesem Bereich
45	Mehlis et al. 2021b	Deutschland	Explorative Studie (10 leitfadengestützte Experteninterviews)	Gesundheitsämter	<ul style="list-style-type: none"> • Erstmalige Untersuchung der organisationalen Gesundheitskompetenz von Gesundheitsämtern in Deutschland • Es wurden 11 wesentliche Barrieren einer hohen O-GK identifiziert (u.a. fehlende Führung und Organisationskultur, falsche Erwartungen aufgrund von Vorurteilen über den öffentlichen Dienst, mangelnde Zusammenarbeit bei sektorenübergreifenden Themen sowie mangelnde Zugänglichkeit • Für den Abbau solcher Barrieren ist wichtig: klare Kommunikation von Aufgaben und Zuständigkeiten, Einbeziehung der Zielgruppen, Synergien erkennen und nutzen
46	Ministry of Health 2015	Neuseeland	Arbeitshilfe	-	<ul style="list-style-type: none"> • Guide zur Erstellung eines HL-Reviews und den Aufbau einer GKO • Bietet Empfehlungen und Ratschläge anhand von Templates und Tool-Beispielen ein HL Review anzugleichen • zusätzlich werden Hintergrundinformationen zu GK und GKO geliefert • Produkt des Review-Prozesses: HL Action Plan, basiert auf den Ergebnissen und Empfehlungen, führt zur Integration von GK in die Organisation

47	Naccarella et al. 2016	Australien	Theoretische Arbeit	-	<ul style="list-style-type: none"> In diesem Beitrag wird untersucht, ob die Personalplanung im Gesundheitswesen die dynamische Wechselwirkung zwischen Gesundheitskompetenz auf individueller, organisatorischer und Systemebene sowie das Potenzial zur Stärkung der Resilienz auf all diesen Ebenen berücksichtigt.
48	Napel 2016	USA	Dissertation, quantitative Studie	Acute Care Hospitals	<ul style="list-style-type: none"> Zugrunde liegende Definition nach IOM 2004 Ziel der Studie: Untersuchung des Zusammenhangs zwischen wahrgenommener Bedeutsamkeit und wahrgenommener Realisierbarkeit („achievability“) der Ten Attributes of HL Healthcare Organisations unter Krankenschwestern in Akutkliniken in den USA Eine GKO zu sein wird von Krankenschwestern zur Qualitätsverbesserung („quality improvement nurses“) als wichtig und durchführbar wahrgenommen ein kleiner Teil der Befragten (weniger als 8%) gibt an, dass die 10 attributes weder wichtig noch durchführbar seien Die Attribute in den täglichen Arbeitsablauf zu integrieren, stellt eine Herausforderung für die Kliniken dar Zu der Implementierung gehört eine klare und effektive Kommunikation. Entscheidend für den Erfolg ist die Unterstützung der Führungskräfte.
49	Palumbo 2016	Italien	Systematic Review	Healthcare Organizations	<ul style="list-style-type: none"> GK i.d.R. als individuelle Eigenschaft GKO eher weniger Aufmerksamkeit Diese Studie erörtert das Design und die Struktur von GKO z.B. welche Tools von den Health-Care Organisationen genutzt werden, um die Informationsbedürfnisse von Menschen mit eingeschränkter GK herauszufinden

					<ul style="list-style-type: none"> • Es stellte sich heraus, dass GKO entscheidend für die Verbesserung der Patienteneinstellung sowie für gesundheitliche Outcome ist
50	Palumbo 2021	Italien	Narratives Literaturreview	Healthcare Organizations	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel des Reviews ist es Stand der Forschung und Diskussion zu organisationaler Gesundheitskompetenz in Bezug zur preventive medicine darzustellen
51	Parker/Hernandez 2012	USA	Theoretische Arbeit	-	<ul style="list-style-type: none"> • Bezug zu Brach et al. (Ten Attributes of HLO) und ursprünglichen Round Table des IOM, bei dem die (zunächst 18) Attribute erarbeitet wurden
52	Pelikan/Dietscher 2015b	Österreich	Theoretische Arbeit	Krankenhaus	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel: Verbesserung der Rahmenbedingungen im Setting Krankenhaus • Theoretische Basis „Ten Attributes of Health-Literate Organizations“ (IOM), Entwicklung „Das Wiener Konzept“ • Wiener Konzept (Selbstbewertungsinstrument): Insg. 9 Standards
53	Pelikan 2019	Österreich	Theoretische Arbeit	Healthcare Organisations	<ul style="list-style-type: none"> • Theoretische Übersichtsarbeit über health-literate healthcare organisations • Nach Ausführungen zur Entwicklung des HLO-Konzepts erfolgt eine Darstellung verschiedener Definitionen und Modelle • Verweis und ausführliche Darstellung des Wiener Konzepts und Instruments zur organisationalen Gesundheitskompetenz
54	Prince et al. 2018	USA	Survey research design	Academic Health Center	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel der Studie ist es die health care practices eines academic health center mittels der 10 Attribute einer HLHCO einzuschätzen • Als Instrument wurde der HLHO-10 von Kowalski et al. genutzt • Ergebnis: Health Professionals spielen eine Schlüsselrolle in Organisationen zur Förderung der GK und den Einsatz von O-HL Praktiken • Bildungsstand hat Einfluss darauf wie O-HL Stand einer Organisation eingeschätzt wird

55	Rathmann et al. 2020	Deutschland	Mixed-Methods, Quantitative Befragung (HLHO-10), Qualitative Interviews	Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel der Pilotstudie: Adaptierung des HLHO-10 auf Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen • Ergebnisse zur O-GK in Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen
56	Rudd/Anderson 2006	USA	Arbeitshilfe	Healthcare Facility	<ul style="list-style-type: none"> • Guide mit einer Reihe an Tools, mit denen mögliche Barrieren des Zugangs zu und Navigation im Gesundheitssystem erkannt werden können • Pionierarbeit einer Gesundheitskompetenz-sensiblen Umwelt
57	Rudd 2010	USA	Arbeitshilfe	Healthcare Facility	<ul style="list-style-type: none"> • Das von Rudd erarbeitete Guidebook basiert auf den Vorüberlegungen von Rudd/Anderson (2006) • Es wurde erarbeitet, um Mitarbeitenden einer Gesundheitseinrichtungen für einige Charakteristika einer gesundheitskompetenten Organisation zu sensibilisieren. • Fokus liegt hier vor allem auf der Navigation ‚vor Ort‘
58	Schaefer et al. 2019	Deutschland	Positionspapier	Einrichtungen der Gesundheitsversorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Neuer Definitionsvorschlag, angelehnt an das US Department of Health and Human Services: „Gesundheitskompetenz ist der Grad, zu dem Individuen durch das Bildungs-, Sozial und / oder Gesundheitssystem in die Lage versetzt werden, die für angemessene gesundheitsbezogene Entscheidungen relevanten Gesundheitsinformationen zu finden, zu verarbeiten und zu verstehen“ • Verantwortung der Gesundheitskompetenz liegt nicht in individueller Verantwortung, viel mehr gesamtgesellschaftliche Aufgabe • Unverzichtbar für GKO: Verlässliche Gesundheitsinformationen und gute Kommunikation • 8 Thesen zur organisationalen Gesundheitskompetenz
59	Sentell et al. 2021	USA	Literaturarbeit	Einrichtungen im Gesundheitswesen	<ul style="list-style-type: none"> • Literaturübersicht der GKO Erkenntnisse vor dem Hintergrund der Herausforderungen durch die Corona Pandemie • bestehende Arbeiten zur organisationalen Gesundheitskompetenz bieten eine Reihe wirksamer, patientenorientierter innovativer Optionen für die einzelnen Versorgungsbereiche
60	Steiert 2019	Österreich	Literaturarbeit	-	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel der Literaturarbeit ist die Erfassung von vorliegenden Konzepten zur organisationalen Gesundheitskompetenz • Autor identifiziert 9 ganzheitliche Konzepte zur organisationalen Gesundheitskompetenz

					<ul style="list-style-type: none"> • Diese werden im Hinblick auf ihrer Übertragbarkeit auf die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland geprüft
61	Thomacos/Zazryn 2013	Australien	Instrument	Health and Social service organization	<ul style="list-style-type: none"> • Selbsteinschätzungsinstrument, das zur Entwicklung einer gesundheitskompetenten Organisation beitragen kann. Sie operationalisiert alle 10 GKO Merkmale nach Brach et al. (2012) in Form verschiedener Checklisten
62	Trezona et al. 2018	Australien	Review, Workshops	-	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel der Studie ist die Entwicklung eines Instruments zur Selbstbewertung der organisationalen Gesundheitskompetenz (Org-HLR-Tool) und eines ‚Bewertungsprozess‘ um Organisationen bei der Anwendung des Tools zu unterstützen • Mit einem solchen Selbstbewertungsinstrument und -verfahren sollen Organisationen befähigt werden ihre Stärken und Schwächen im Kontext von Gesundheitskompetenz ermitteln zu können und auf dieser Basis Prioritäten zu setzen und Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz zu planen • Theoretische Basis bildet der Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) Framework
63	Trezona et al. 2020	Australien	Field Testing (Observation, Feedback, Fokusgruppen)	Organizations of the Health and Social Sector	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel der Studie ist es, das entwickelte Org-HLR Tool in der Praxis zu testen, um seinen Nutzen für die Planung von Aktivitäten zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz zu bewerten • Ergebnis: Org-HLR Tool ist ein umfassendes, nützliches Tool, das wichtige Daten zur Gesundheitskompetenz-Responsiveness liefert und Potenziale für mögliche Veränderungen aufzeigt, um besser auf Gesundheitskompetenz der Zielgruppen eingehen zu können
64	Vamos et al. 2019	USA	Instrumentenentwicklung	MCH (Maternal and child health) Organizations	<ul style="list-style-type: none"> • Beschreibung der Entwicklung einer innovativen ‚teaching acitivity‘ zur organisationalen Gesundheitskompetenz für Studierende • Teaching Methode-Toolkit enthält u.a. Unterrichtsplan für Lehrende; Interaktive PowerPoint Präsentation mit Notizen für Lehrende; Beschreibung des Einsatzgebiets; Einschätzung von Gesundheitskompetenz Merkmalen); Basis 10 GKO Merkmale nach Brach et al. (2012)
65	Vellar et al. 2016	Australien	Fallstudie	Regional Health Service	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel der Studie: wie ein regionaler Health Service GKO Prinzipien in einem Zeitraum von 3 Jahren implementiert

					<ul style="list-style-type: none"> • Dazu wurde ein evidenzbasiertes Framework entwickelt, aufbauend auf den Kernprinzipien der ‚Universal Precautions‘, 10 GKO Merkmale nach Brach et al. (2012) und weiteren
66	Weaver et al. 2012	USA	Fallstudie	Health center	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel der Studie: Durchführung einer Bedarfserhebung für betrachtete Health Center • Basis bildeten 3 zentrale GKO Ansätze • Für Durchführung einer Bedarfserhebung wurde Instrument adaptiert, das 6 Domänen enthält • Ergebnis der Bedarfserhebung: verschiedene Barrieren wurden gefunden, z.B. niedriges Bewusstsein für Gesundheitskompetenz innerhalb der Organisation sowie Unterschiede bei der Wahrnehmung des Nutzens von Protokollen, interkollegiale Kommunikation und Patientenkommunikation
67	Willis et al. 2014	Kanada	Rapid Realist Review	-	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung von Strategien/Interventionen, Kontextfaktoren und Mechanismen, die die organisationale ‚capacity‘ beeinflussen (Planung, Implementierung und Erhalt von gesundheitskompetenten Interventionen) • 42 Dokumente wurden in die Analyse eingeschlossen
68	World Health Organization 2019	WHO European Region	Scoping Review	-	<ul style="list-style-type: none"> • Ziel des Reviews war die Erfassung der best verfügbaren Erkenntnisse über die Methoden, Frameworks und Indikatoren, die zur Bewertung von Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz verwendet werden, Programme und Interventionen • Dabei wurden auch Instrumente zur Messung organisationaler Gesundheitskompetenz identifiziert
69	Wynia et al. 2010	USA	Validierungsstudie	Hospitals and Primary Care Clinics	<ul style="list-style-type: none"> • Bericht einer prospektiven, standortübergreifenden Validierungsstudie eines ‚organizational communication climate assessment tool‘ • C-CAT Tool (Communication Climate Assessment Toolkits) misst das Kommunikationsklima in 9 Dimensionen
70	Zanobini et al. 2020	Italien	Scoping Review	Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> • Scoping Review zur Identifizierung und Beschreibung von Eigenschaften und Interventionen, die ein Krankenhaus zu einer gesundheitskompetenten Organisation machen • Ziel des Scoping Reviews ist die Entwicklung eines integrierten, konzeptuellen Modells

3.5 Fazit

Wesentliches Teilziel des hier zugrundeliegenden Projekts war es, eine Bestandsaufnahme der internationalen und nationalen Literatur über gesundheitskompetente Organisationen vorzunehmen – insbesondere darüber

- a) welche Definitionen zur organisationalen Gesundheitskompetenz bzw. gesundheitskompetenten (Gesundheits-)Organisationen (GKO) vorliegen,
- b) welche Eigenschaften und Merkmale charakteristisch für GKO's sind,
- c) welche Instrumente und Checklisten zur Einschätzung und Messung organisationaler Gesundheitskompetenz in (Gesundheits-)Organisationen existieren und
- d) welche Arbeitshilfen, Materialien und Best-Practice-Beispiele zur Entwicklung/Umsetzung einer GKO in (Gesundheits-)Organisationen erarbeitet wurden.

Mit der vorliegenden Basis-Materialiensammlung erfolgte eine Übersicht und wurden erste wichtige Überlegungen zum Transfer und zur Implementation des GKO-Konzepts in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung in Deutschland angestellt.

Die dargestellten Ergebnisse zeigen, dass es sich bei der Diskussion über organisationale Gesundheitskompetenz bzw. gesundheitskompetente (Gesundheits-)Organisationen um eine noch verhältnismäßig junge Diskussion handelt und die Konzeptentwicklung noch in der Entwicklungsphase befindet. Dies trifft insbesondere auf Deutschland zu. Gleichwohl ist festzustellen, dass international bereits einige wichtige Übersichtsarbeiten, konzeptionelle Ansätze, Instrumente und Arbeitshilfen vorliegen. Die meisten der Arbeiten wurden in den letzten 10 Jahren im englischsprachigen Raum und für den stationären Versorgungsbereich entwickelt. Zunehmend ist zu erkennen, dass das GKO-Konzept auch für andere Versorgungssegmente aufbereitet wird. Vorliegende empirische Studien liefern zudem erste wichtige Hinweise zur Umsetzung des GKO-Konzepts in der Praxis.

Deutlich wird darin, dass die Entwicklung zu einer gesundheitskompetenten Organisation viele Schritte beinhaltet und die zugrunde liegenden Prozesse (innerhalb einer Organisation), die die Umsetzung erleichtern oder behindern, komplex sein können. Vielfach wird in der Literatur darauf verwiesen, dass es für die Organisationen vor allem hilfreich ist, wenn diese 1) ihre Ziele sorgfältig definieren, 2) ihren Bedarf ermitteln und 3) ihre Ressourcen angemessen planen (ex. Kapert et al. 2019). Anzumerken bleibt jedoch, dass sich bislang nur wenige Studien zur Aufgabe gemacht haben, die Umsetzung zu einer GKO systematisch und über einen längeren Zeitraum zu untersuchen (ebd.).

Vor dem Hintergrund der bisherigen Arbeiten zum Thema organisationale Gesundheitskompetenz in (Gesundheits-)Organisationen bleibt festzuhalten, dass insgesamt weiterhin einiges an theoretisch-konzeptioneller und methodischer Entwicklungsarbeit ansteht. Vor allem bedarf

es eines konsensbasierten theoretischen Rahmens für organisationale Gesundheitskompetenz, der die Erarbeitung von validierten Instrumenten zur Einschätzung und Messung organisationaler Gesundheitskompetenz in verschiedenen Versorgungssegmenten erlaubt.

Für Deutschland kommt ergänzend das Thema Transfer bzw. Übertragungsarbeit hinzu. Dies betrifft die Übertragung vorliegender internationaler konzeptioneller Überlegungen wie auch die Prüfung der Transferierbarkeit existenter Instrumente auf Deutschland und das hiesige Gesundheitssystem und seine Organisationen und – nicht zu vergessen die Prüfung der hier gegebenen Implementationsbedingungen.

Dabei erscheint es vor allem sinnvoll und notwendig, zunächst eine Bedarfs-/Bestandsaufnahme in der Praxis – konkret in Organisationen der ambulanten Pflege und Medizin – vorzunehmen, die auf den Bedarf sowie potenzielle Barrieren und Hindernisse in den für GKO relevanten Dimensionen hinweist. Darauf aufbauend ist dann möglich, weitere Transfer-/Implementierungsarbeit des GKO-Konzepts in einem partizipativen Prozess anzustoßen. Dabei ist es besonders wichtig den Besonderheiten, der unterschiedlichen Versorgungsbereiche und -einrichtungen Rechnung zu tragen.

Ein erster Blick darauf, wie die Entwicklung gesundheitskompetenter Gesundheitsorganisationen in Deutschland in der ambulanten Medizin und in der ambulanten Pflege gelingen kann und welche Implementationsbedingungen dabei zu beachten sind, erfolgte ebenfalls im Rahmen des vorliegenden Projekts (Teil 2). Die Ergebnisse werden ausführlich in einem zweiten Teilbericht dargestellt.

Literaturverzeichnis

- Aaby, A., Palner, S., Maindal, H. T. (2020a). Fit for Diversity: A Staff-Driven Organizational Development Process Based on the Organizational Health Literacy Responsiveness Framework. *Health literacy research and practice*, 4 (1), e79-e83. <https://doi.org/10.3928/24748307-20200129-01>
- Aaby, A., Simonsen, C. B., Ryom, K., Maindal, H. T. (2020b). Improving Organizational Health Literacy Responsiveness in Cardiac Rehabilitation Using a Co-Design Methodology: Results from The Heart Skills Study. *International journal of environmental research and public health*, 17 (3). <https://doi.org/10.3390/ijerph17031015>
- Abrams, M. A., Kurtz-Rossi, S., Riffenburgh, A., Savage, B. A. (2014). Building health literate organizations: A guidebook to achieving organizational change. *Journal of Research and Practice for Adult Literacy, Secondary, and Basic Education*, 69. Zugriff am 11.01.2022. Verfügbar unter: <https://coabe.org/wp-content/uploads/2019/09/COABEJournalWinter2015.pdf#page=71>
- Adsul, P., Wray, R., Gautam, K., Jupka, K., Weaver, N., Wilson, K. (2017). Becoming a health literate organization: Formative research results from healthcare organizations providing care for undeserved communities. *Health services management research*, 30 (4), 188–196. <https://doi.org/10.1177/0951484817727130>
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2015). AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit, 2nd Edition, Rockville, MD. Zugriff am 11.01.2022. Verfügbar unter: <http://labpages2.moffitt.org/media/1499/ahrq-hl-toolkit-2nd-edition-2015.pdf>
- Allott, M. L., Sofra, T., O'Donnell, G., Hearne, J. L., Naccarella, L. (2017). Building health literacy responsiveness in Melbourne's west: A systems approach. *Australian Health Review*, 42(1), 31-35. <https://doi.org/10.1071/AH17059>
- Altin, S. V., Lorrek, K., Stock, S. (2015). Development and validation of a brief screener to measure the Health Literacy Responsiveness of Primary Care Practices (HLPC). *BMC family practice*, 16, 122. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0336-4>
- America's Health Insurance Plans (AHIP) (2010): Health Plan Organizational Assessment of Health Literacy Activities. Emory University. Zugriff am 18.01.2022. Verfügbar unter: https://oepgk.at/wp-content/uploads/2018/10/gesundheitsplaene_usa_2010_emory-rollins-school-of-public-health.pdf
- Annarumma, C. & Palumbo, R. (2016). Contextualizing Health Literacy to Health Care Organizations. *Journal of Health Management*, 18 (4), 611–624. <https://doi.org/10.1177/0972063416666348>
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Baumeister, A., Chakraverty, D., Aldin, A., Seven, Ü. S., Skoetz, N., Kalbe, E., Woopen, C. (2021). "The system has to be health literate, too" - perspectives among healthcare professionals on health literacy in transcultural treatment settings. *BMC health services research*, 21 (1), 716. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06614-x>

- Beauchamp, A., Batterham, R. W., Dodson, S., Astbury, B., Elsworth, G. R., McPhee, C., Jacobson, J., Buchbinder, R., Osborne, R. H. (2017). Systematic development and implementation of interventions to OPTimise Health Literacy and Access (Ophelia). *BMC public health*, 17(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4147-5>
- Bitzer, E. M. & Sørensen, K. (2018). Gesundheitskompetenz–Health Literacy. *Das Gesundheitswesen*, 80(08/09), 754-766. <https://doi.org/10.1055/a-0664-0395>
- Bonaccorsi, G., Romiti, A., Ierardi, F., Innocenti, M., Del Riccio, M., Frandi, S., Bachini, L., Zanobini, P., Gemmi, F., Lorini, C. (2020). Health-Literate Healthcare Organizations and Quality of Care in Hospitals: A Cross-Sectional Study Conducted in Tuscany. *International journal of environmental research and public health*, 17 (7). <https://doi.org/10.3390/ijerph17072508>
- Brach, C. (2017). The journey to become a health literate organization: a snapshot of health system improvement. *Studies in health technology and informatics*, 240, 203.
- Brach, C. & Harris, L. M. (2021). Healthy People 2030 health literacy definition tells organizations: make information and services easy to find, understand, and use. *Journal of General Internal Medicine*, 36(4), 1084-1085. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06384-y>
- Brach, C., Dreyer, B., Schillinger, D. (2013). Physicians' roles in creating health literate organizations: a call to action. *Journal of general internal medicine*, 29 (2), 273–275. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2619-6>
- Brach, C., Keller, D., Hernandez, L. M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, A. J., Schillinger, D. (2012). Ten attributes of health literate health care organizations. *NAM Perspectives*. Zugriff am 11.01.2022. Verfügbar unter: http://gahealthliteracy.org/wp-content/uploads/2014/07/BPH_Ten_HLit_Attributes.pdf
- Brega AG, Barnard J, Mabachi NM, et al. AHRQ health literacy universal precautions toolkit, second edition. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2015.
- Brega, A. G., Hamer, M. K., Albright, K., Brach, C., Saliba, D., Abbey, D., Gritz, R. M. (2019). Organizational health literacy: Quality improvement measures with expert consensus. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 3(2), e127-e146. <https://doi.org/10.3928/24748307-20190503-01>
- Bremer, D., Klockmann, I., Jaß, L., Härter, M., von dem Knesebeck, O., Lüdecke, D. (2021). Which criteria characterize a health literate health care organization?—a scoping review on organizational health literacy. *BMC health services research*, 21(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06604-z>
- Centers of Disease Control and Prevention (CDC) (2020): What is health literacy? Zugriff am 18.01.2022. Verfügbar unter: <https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html>
- Centers of Disease Control and Prevention (CDC) (o.J.). Making health literacy real: the beginnings of my organization's plan for action. Zugriff am 11.01.2022. Verfügbar unter: https://www.cdc.gov/healthliteracy/pdf/planning_template.pdf
- Charoghchian Khorasani, E., Tavakoly Sany, S. B., Tehrani, H., Doosti, H., Peyman, N. (2020). Review of Organizational Health Literacy Practice at Health Care Centers: Outcomes, Barriers and Facilitators. *International journal of environmental research and public health*, 17(20), 7544. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207544>

- Clinical Excellence Commission (2019). NSW Health Literacy Framework. 2019-2024, Sydney: Clinical Excellence Commissio.
- De Gani, S. M., Nowak-Flück, D., Nicca, D., Vogt, D. (2020). Self-Assessment Tool to Promote Organizational Health Literacy in Primary Care Settings in Switzerland. *International journal of environmental research and public health*, 17 (24). <https://doi.org/10.3390/ijerph17249497>
- DeWalt, D. A., Callahan, L. F., Hawk, V. H., Broucksou, K. A., Hink, A., Rudd, R., Brach, C. (2010). Health Literacy Universal Precautions Toolkit. Rockville, MD. Zugriff am 11.01.2022. Verfügbar unter: <http://www.aspiruslibrary.org/literacy/AHRQHealthLiteracyUniversalPrecautionsToolkit.pdf>
- Dietscher, C. & Pelikan, J. (2016). Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen. *Präv Gesundheitsf*, 11 (1), 53–62. <https://doi.org/10.1007/s11553-015-0523-0>
- Dietscher, C., Lorenc, J., Pelikan, J. (2015). Das Selbstbewertungs-Instrument zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen (WKGKKO-I). *Reihe Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen (3)*. Ludwig Boltzmann Institut, Wien. Zugriff am 11.01.2022. Verfügbar unter: https://oepgk.at/wp-content/uploads/2018/10/003-tool_hlo.pdf
- Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz (DNGK) (2019). Die organisationale Gesundheitskompetenz stärken. *Qualitas* 2019, No. 03: 18. Zugriff am 11.01.2022. Verfügbar unter: https://dngk.de/wp-content/uploads/2019/10/DNGK_qualitas_1910.pdf
- Dodson, S., Good, S., Osborne, R. (2015). Health literacy toolkit for low and middle-income countries: a series of information sheets to empower communities and strengthen health systems. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Zugriff am 11.01.2022. Verfügbar unter: <https://dro.deakin.edu.au/eserv/DU:30074618/dodson-healthliteracy-2015.pdf>
- Ernstmann, N., Bauer, U., Berens, E.-M., Bitzer, E. M., Bollweg, T. M., Danner, M., Dehn-Hindenberg, A., Dierks, M.-L., Farin, E., Grobosch, S., Haorig, F., Halbach, S., Holleder, A., Icks, A., Kowalski, C., Kramer, U., Neugebauer, E., Okan, O., Pelikan, J., Pfaff, H., Sautermeister, J., Schaeffer, D., Schang, L., Schulte, H., Siegel, A., Sundmacher, L., Vogt, D., Vollmar, H. C., Stock, S. (2020). DNVF Memorandum Gesundheitskompetenz (Teil 1) – Hintergrund, Relevanz, Gegenstand und Fragestellungen in der Versorgungsforschung. *Gesundheitswesen*, 82 (7), e77-e93. <https://doi.org/10.1055/a-1191-3689>
- Ernstmann, N., Halbach, S., Kowalski, C., Pfaff, H., Ansmann, L. (2017). Measuring attributes of health literate health care organizations from the patients' perspective: Development and validation of a questionnaire to assess health literacy-sensitive communication (HL-COM). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 121, 58–63. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2016.12.008>
- Farmanova, E., Bonneville, L., Bouchard, L. (2018). Organizational Health Literacy: Review of Theories, Frameworks, Guides, and Implementation Issues. *Inquiry*, 55. <https://doi.org/10.1177/0046958018757848>
- Gippsland Primary Care Partnerships (o.J.) The Gippsland PCPs Mini Health Literacy Self-Assessment Checklist: Zugriff am 11.01.2022. Verfügbar unter: <https://www.centralwest-gippslandpcp.com/assets/files/pre-2019/projects/health-literacy/guide/the-gippsland-guide-mini-checklist-print-version.pdf>

- Groene, R. O. & Rudd, R. (2011). Results of a feasibility study to assess the health literacy environment: navigation, written, and oral communication in 10 hospitals in Catalonia, Spain. *Journal of Communication in Healthcare*, 4 (4), 227–237. <https://doi.org/10.1179/1753807611Y.0000000005>
- Henrard, G., Vanmeerbeek, M., Buret, L., Rademakers, J. (2019). Dealing with health literacy at the organisational level, French translation and adaptation of the Vienna health literate organisation self-assessment tool. *BMC health services research*, 19 (1), 146. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3955-y>
- Henrard, G., Vanmeerbeek, M., Dardenne, N., Rademakers, J. (2021). The Vienna self-assessment questionnaire: a usable tool towards more health-literate hospitals? Explorative case studies in three hospitals in Belgium. *BMC health services research*, 21 (1), 287. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06211-y>
- Howe, C. J., Adame, T., Lewis, B., Wagner, T. (2020). Original Research: Assessing Organizational Focus on Health Literacy in North Texas Hospitals. *The American journal of nursing*, 120 (12), 24–33. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000723424.47838.4d>
- Institute of Medicine (IOM) (2013). *Organizational Change to Improve Health Literacy: Workshop Summary*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/18378>
- Institute of Medicine (IOM) (2012). *How Can Health Care Organizations Become More Health Literate?: Workshop Summary*. National Academies Press.
- International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) (2018). IUHPE Position statement on health literacy. A practical vision for a health literate world. Zugriff am: 12.01.2022. Verfügbar unter: https://www.iuhpe.org/images/IUHPE/Advocacy/IUHPEHealth_Literacy_2018.pdf
- International Working Group Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations (Working Group HPH & HLO) (2019). International Self-Assessment Tool Organizational Health Literacy (Responsiveness) for Hospitals - SAT-OHL-Hos-v1.0-EN-international. Vienna: WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Healthcare (CC-HPH). Zugriff am 11.01.2022. Verfügbar unter: https://www.hphnet.org/wp-content/uploads/2020/04/SAT-OHL-Hos-v1-0-EN-international_final.pdf
- Jessup, R. L., Osborne, R. H., Buchbinder, R., Beauchamp, A. (2018). Using co-design to develop interventions to address health literacy needs in a hospitalised population. *BMC health services research*, 18 (1), 989. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3801-7>
- Kaper, M., Sixsmith, J., Meijering, L., Vervoordeldonk, J., Doyle, P., Barry, M. M., de Winter, A. F., Reijneveld, S. A. (2019). Implementation and Long-Term Outcomes of Organisational Health Literacy Interventions in Ireland and The Netherlands: A Longitudinal Mixed-Methods Study. *International journal of environmental research and public health*, 16 (23). <https://doi.org/10.3390/ijerph16234812>
- Kaphingst, K. A., Weaver, N. L., Wray, R. J., Brown, M. L. R., Buskirk, T., Kreuter, M. W. (2014). Effects of patient health literacy, patient engagement and a system-level health literacy attribute on patient-reported outcomes: a representative statewide survey. *BMC health services research*, 14, 475. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-475>

- Kickbusch, I., Vogt, D., Krech, R. (2022). Gesundheitskompetenz in Zeiten der COVID-19 Pandemie – Erfordernisse für die Zukunft. In K. Rathmann, K. Dadaczynski, O. Okan, M. Messer (Hrsg.), *Gesundheitskompetenz. Springer Reference-Werk. Online first*.
- Kowalski, C., Lee, S.-Y. D., Schmidt, A., Wesselmann, S., Wirtz, M. A., Pfaff, H., Ernstmann, N. (2015). The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): development and validation. *BMC health services research*, 15, 47. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0707-5>
- Kraus-Füreder, H., Soffried, J., Holler, P. (2020). Methodenbox. Die gesundheitskompetente Sozialversicherung. Dachverband der Sozialversicherungsträger (SV) (Hrsg.), Wien. Zugriff am 11.01.2022. Verfügbar unter: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.731981&version=1580910437>
- Kružliaková, N., Porter, K., Ray, P. A., Hedrick, V., Brock, D. J., Zoellner, J. (2021). Understanding and Advancing Organizational Health Literacy Within a Public Health Setting. *Health literacy research and practice*, 5 (1), e35-e48. <https://doi.org/10.3928/24748307-20210114-01>
- Laing, R., Thompson, S. C., Elmer, S., Rasiah, R. L. (2020). Fostering Health Literacy Responsiveness in a Remote Primary Health Care Setting: A Pilot Study. *International journal of environmental research and public health*, 17 (8). <https://doi.org/10.3390/ijerph17082730>
- Livaudais-Toman, J., Burke, N. J., Napoles, A., Kaplan, C. P. (2014). Health literate organizations: are clinical trial sites equipped to recruit minority and limited health literacy patients?. *Journal of health disparities research and practice*, 7(4), 1.
- Lloyd, J. E., Song, H. J., Dennis, S. M., Dunbar, N., Harris, E., Harris, M. F. (2018b). A paucity of strategies for developing health literate organisations: A systematic review. *PloS one*, 13 (4), e0195018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195018>
- Lloyd, J. E., Thomas, L., Powell-Davies, G., Osten, R., Harris, M. (2018a). How can communities and organisations improve their health literacy? *Public health research & practice*, 28 (2). <https://doi.org/10.17061/phrp2821809>
- Lubasch, J. S., Voigt-Barbarowicz, M., Ernstmann, N., Kowalski, C., Brütt, A. L., Ansmann, L. (2021). Organizational Health Literacy in a Hospital—Insights on the Patients’ Perspective. *IJERPH* 18 (23), 12646. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312646>
- Mastroianni, F., Chen, Y.-C., Vellar, L., Cvejic, E., Smith, J. K., McCaffery, K. J., Muscat, D. M. (2019). Implementation of an organisation-wide health literacy approach to improve the understandability and actionability of patient information and education materials: A pre-post effectiveness study. *Patient education and counseling*, 102 (9), 1656–1661. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.03.022>
- Meggetto, E., Kent, F., Ward, B., Keleher, H. (2020). Factors influencing implementation of organizational health literacy: a realist review. *Journal of health organization and management*. <https://doi.org/10.1108/JHOM-06-2019-0167>
- Meggetto, E., Ward, B., Isaccs, A. (2017). What’s in a name? An overview of organisational health literacy terminology. *Australian Health Review*, 42(1), 21-30. <https://doi.org/10.1071/AH17077>

- Mehlis, A., Locher, V., Hornberg, C. (2021a). Organisationale Gesundheitskompetenz deutscher Gesundheitsämter (OGK-GA): Entwicklung eines theoretischen Modells mit Hilfe von ExpertInneninterviews. *Gesundheitswesen*. [https://doi.org/ DOI: 10.1055/a-1510-8799](https://doi.org/DOI:10.1055/a-1510-8799)
- Mehlis, A., Locher, V., Hornberg, C. (2021b). Barriers to Organizational Health Literacy at Public Health Departments in Germany. *Health literacy research and practice*, 5 (3), e264-e271. <https://doi.org/10.3928/24748307-20210809-01>
- Ministry of Health (2015). Health Literacy Review: A guide. Wellington: Ministry of Health. Zugriff am 11.01.2022. Verfügbar unter: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/health-literacy-review-a-guide-may15-v2.pdf>
- Naccarella, L., Wraight, B., Gorman, D. (2016). Is health workforce planning recognising the dynamic interplay between health literacy at an individual, organisation and system level? *Australian health review: a publication of the Australian Hospital Association*, 40 (1), 33–35. <https://doi.org/10.1071/AH14192>
- National Adult Literacy (NALA) (2009). Literacy Audit for Healthcare Settings. Zugriff am 12.01.2022. Verfügbar unter: <https://www.nala.ie/wp-content/uploads/2019/08/Literacy-audit-for-healthcare-settings.pdf>
- Napel, A. T. (2016). Nurses' Perceptions of Importance and Achievability of the Ten Attributes of Health Literate Healthcare Organizations in their Institutions: A Descriptive. Theses & Dissertations.
- Northern NSW Local Health District (2018): Health Literacy Handbook. Zugriff am 18.01.2022. Verfügbar unter: <https://cbrhl.org.au/wp-content/uploads/2020/11/Northern-NSW-Health-Literacy-Handbook.pdf>
- Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) (2019): Selbsteinschätzungsinstrument für Gesundheitskompetenz in Primärversorgungseinheiten. ÖPGK (Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz). Wien.
- Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) (2018): Selbsteinschätzungsinstrument für Gesundheitskompetenz in Gesundheitseinrichtungen. Wiener Gesundheitsförderung gemeinnützige GmbH. Zugriff am 18.02.2022. Verfügbar unter: <https://oepgk.at/wp-content/uploads/2021/11/selbsteinschätzung-gug-v10.pdf>
- Palumbo, R. (2016). Designing health-literate health care organization: A literature review. *Health Serv Manage Res*, 29 (3), 79–87. <https://doi.org/10.1177/0951484816639741>
- Palumbo, R. (2021). Leveraging Organizational Health Literacy to Enhance Health Promotion and Risk Prevention: A Narrative and Interpretive Literature Review. *YALE JOURNAL OF BIOLOGY AND MEDICINE*, 94 (1), 115-128.
- Parker, R. (2009). Measuring health literacy: What? So what? Now what. *Measures of health literacy: workshop summary*, 91-98. Washington, DC: National Academies Press.
- Parker, R. & Ratzan, S. C. (2010). Health literacy: a second decade of distinction for Americans. *Journal of health communication*, 15(S2), 20-33. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.501094>
- Parker, R. M. & Hernandez, L. M. (2012). What makes an organization health literate? *Journal of health communication*, 17 (5), 624–627. <https://doi.org/10.1080/10810730.2012.685806>

- Pelikan, J. (2019). Health-literate healthcare organisations. In K. Sørensen, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro, U. Bauer, O. Okan (Hrsg.), *International Handbook of Health Literacy* (S. 539-555). Bristol: Policy Press.
- Pelikan, J. & Dietscher, C. (2015a). Die Gesundheitskompetenz von Gesundheitseinrichtungen entwickeln Strategien und Beispiele. Ein Themenpapier des ONGKG. *Ludwig Boltzmann Institut, Wien*.
- Pelikan, J. & Dietscher, C. (2015b). Warum sollten und wie können Krankenhäuser ihre organisationale Gesundheitskompetenz verbessern? *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 58 (9), 989–995. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2206-6>
- Pelikan, J. & Ganahl, K. (2017). Die europäische Gesundheitskompetenz-Studie: Konzept, Instrument und ausgewählte Ergebnisse. In D. Schaeffer & J. Pelikan (Hrsg.), *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven* (S. 93-126). Bern: Hogrefe Verlag.
- Prince, L., Schmidtke, C., Beck, J. K., Hadden, K. B. (2018). An Assessment of Organizational Health Literacy Practices at an Academic Health Center. *Quality management in health care*, 27 (2), 93–97. <https://doi.org/10.1097/QMH.000000000000162>
- Rathmann, K., Vockert, T.; Wetzel, L. D., Lutz, J., Dadaczynski, K. (2020). Organizational Health Literacy in Facilities for People with Disabilities: First Results of an Explorative Qualitative and Quantitative Study. *International journal of environmental research and public health*, 17 (8). <https://doi.org/10.3390/ijerph17082886>
- Rudd R., Anderson, J. (2006). THE HEALTH LITERACY ENVIRONMENT OF HOSPITALS AND HEALTH CENTERS. Zugriff am 11.01.2022. Verfügbar unter: <https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2012/09/healthliteracyenvironment.pdf>
- Rudd, R. (2010). The Health Literacy Environment Activity Packet. First Impressions & Walking Interview. Health Literacy Studies. Zugriff am 11.01.2022. Verfügbar unter: <https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2012/09/activitypacket.pdf>
- Schaefer, C, Bitzer, E. M., Dierks, M. L. (2019). Mehr Organisationale Gesundheitskompetenz in die Gesundheitsversorgung bringen! Ein Positionspapier des DNGK. Zugriff am 11.01.2022. Verfügbar unter: <https://dngk.de/gesundheitskompetenz/organisationale-gesundheitskompetenz-positionspapier-2019/>
- Schaeffer, D., Berens, E.-M., Gille, S., Griese, L., Klinger, J., de Sombre, S., Vogt, D., Hurrelmann, K. (2021a). Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld. <https://doi.org/10.4119/unibi/2950305>
- Schaeffer, D., Berens, E.-M., Vogt, D., Gille, S., Griese, L., Klinger, J., Hurrelmann, K. (2021b). Health literacy in Germany—findings of a representative follow-up survey. *Dtsch Arztebl Int* 2021; 118: 723–9. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0310>
- Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U., Kolpatzik, K. (2018). Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart 2018. Zugriff am 12.01.2022. Verfügbar unter: <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de>
- Schmidt-Kaehler, S., Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Pelikan, J. (2019). Strategiepapier# 4 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Gesundheitskompetenz als Standard auf allen Ebenen im Gesundheitssystem verankern. <https://doi.org/10.4119/unibi/2935460>

- Schmidt-Kaehler, S., Vogt, D., Berens, E. M., Horn, A., & Schaeffer, D. (2017). Gesundheitskompetenz-verständlich informieren und beraten: Material-und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz. <https://doi.org/10.2390/0070-pub-29081993>
- Sentell, T., Foss-Durant, A., Patil, U., Taira, D., Paasche-Orlow, M. K., Trinacty, C. M. (2021). Organizational Health Literacy: Opportunities for Patient-Centered Care in the Wake of COVID-19. *Quality management in health care*, 30 (1), 49–60. <https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000279>
- Sørensen, K., Levin-Zamir, D., Duong, T. V., Okan, O., Brasil, V. V., Nutbeam, D. (2021). Building health literacy system capacity: a framework for health literate systems. *Health promotion international*, 36 (Supplement_1), i13-i23. <http://doi.org/10.1093/heapro/daab153>
- Sørensen, K., van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(80), 1-13. Zugriff am 12.01.2022. Verfügbar unter: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>
- Steiert, T. (2019). Konzepte gesundheitskompetenter Organisationen Möglichkeiten und Grenzen einer Übertragung auf die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland. Masterarbeit. Zugriff am 12.01.2022. Verfügbar unter: https://dngk.de/wp-content/uploads/2019/10/Master_Steiert-2019.pdf
- Stormacq, C., Van den Broucke, S., Wosinski, J. (2019). Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health promotion international*, 34(5), e1-e17. <https://doi.org/10.1093/heapro/day062>
- Tasmanien Council of Social Service (2020). HeLLO Tas! A Toolkit for Health Literacy Learning Organisations. Zugriff am 11.02.2022. Verfügbar unter: https://www.hellotas.org.au/sites/default/files/HeLLO_Tas%20Toolkit.pdf
- Thomacos, N. & Zazryn, T. (2013). Enliven Organisational Health Literacy Self-assessment Resource. Melbourne: Enliven & School of Primary Health Care, Monash University. Zugriff am 12.01.2022. Verfügbar unter: <https://www.hqsc.govt.nz/assets/Consumer-Engagement/Resources/Enliven-health-literacy-audit-resource-Mar-2015.pdf>
- Trezona, A., Dodson, S., Fitzsimon, E., LaMontagne, A. D., Osborne, R. H. (2020). Field-Testing and Refinement of the Organisational Health Literacy Responsiveness Self-Assessment (Org-HLR) Tool and Process. *International journal of environmental research and public health*, 17 (3). <https://doi.org/10.3390/ijerph17031000>
- Trezona, A., Dodson, S., Osborne, R. H. (2017). Development of the organisational health literacy responsiveness (Org-HLR) framework in collaboration with health and social services professionals. *BMC Health Serv Res*, 17(1), 513. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2465-z>
- Trezona, A., Dodson, S., Osborne, R. H. (2018). Development of the Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) self-assessment tool and process. *BMC health services research*, 18 (1), 694. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3499-6>

- Vamos, C. A., Thompson, E. L., Griner, S. B., Liggett, L. G., Daley, E. M. (2019). Applying Organizational Health Literacy to Maternal and Child Health. *Maternal and child health journal*, 23 (5), 597–602. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2687-7>
- Vellar, L., Mastroianni, F., Lambert, K. (2016). Embedding health literacy into health systems: a case study of a regional health service. *Australian Health Review*, 41, 621-625. <https://doi.org/10.1071/AH16109>
- Weaver, N. L., Wray, R. J., Zellin, S., Gautam, K., Jupka, K. (2012). Advancing organizational health literacy in health care organizations serving high-needs populations: a case study. *Journal of health communication*, 17 Suppl 3, 55–66. <https://doi.org/10.1080/10810730.2012.714442>
- Willis, C. D., Saul, J. E., Bitz, J., Pompu, K., Best, A., Jackson, B. (2014), Improving organizational capacity to address health literacy in public health: a rapid realist review. *Public health*, 128 (6), 515–524. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2014.01.014>
- World Health Organization (WHO) (2019). Health Evidence Network synthesis report 65. What is the evidence on the methods, frameworks and indicators used to evaluate health literacy policies, programmes and interventions at the regional, national and organizational levels? Zugriff am 12.01.2022. Verfügbar unter: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326901/9789289054324-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Wynia, M. K., Johnson, M., McCoy, T. P., Griffin, L. P., Osborn, C. Y. (2010). Validation of an organizational communication climate assessment toolkit. *American journal of medical quality: the official journal of the American College of Medical Quality*, 25 (6), 436–443. <https://doi.org/10.1177/1062860610368428>
- Zanobini, P., Lorini, C., Baldasseroni, A., Dellisanti, C., Bonaccorsi, G. (2020). A Scoping Review on How to Make Hospitals health Literate Healthcare Organizations. *International journal of environmental research and public health*, 17 (3). <https://doi.org/10.3390/ijerph17031036>

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einschlusskriterien der Recherche	8
Tabelle 2: Suchstrategie und identifizierte Treffer.....	9
Tabelle 3: Definitionen organisationale Gesundheitskompetenz / gesundheitskompetente Organisationen	19
Tabelle 4: Merkmale gesundheitskompetenter Organisationen.....	24
Tabelle 5: Instrumente zur Messung organisationaler Gesundheitskompetenz	29
Tabelle 6: Arbeitshilfen zur Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz.....	37
Tabelle 7: Liste aller einbezogenen Quellen	42

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einzelschritte des Analyse- und Rechercheprozesses.....	11
Abbildung 2: Cluster Definitionsinhalte (Auswahl) – eigene Darstellung.....	17

Kontakt

Universität Bielefeld
Interdisziplinäres Zentrum für
Gesundheitskompetenzforschung (IZGK)
Universitätsstraße 25
33615 Bielefeld

gesundheitskompetenz@uni-bielefeld.de

Stand: Januar 2022